



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

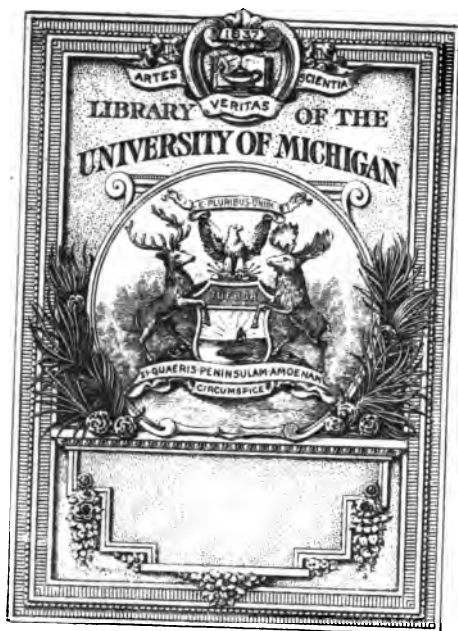
We also ask that you:

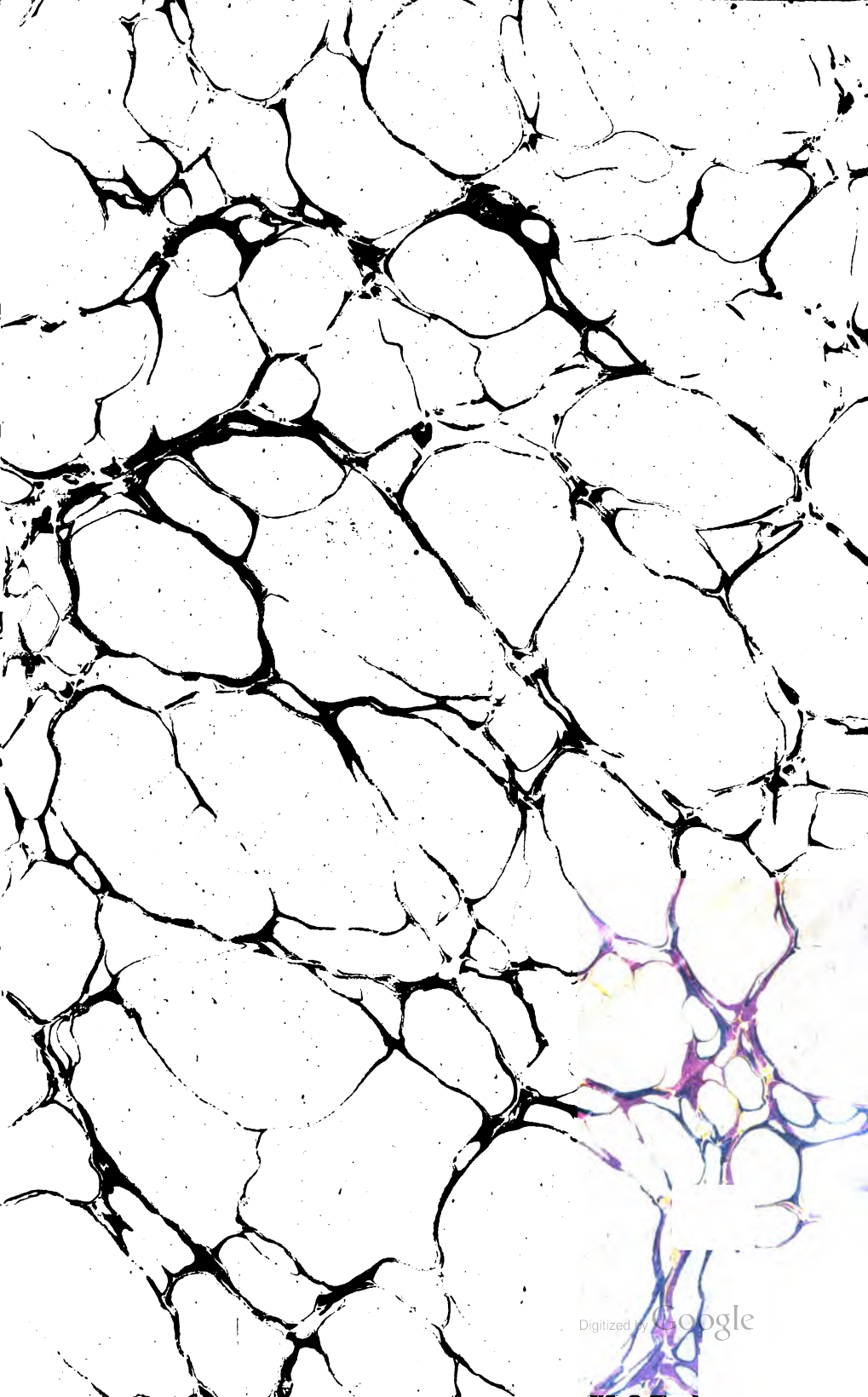
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>











610.5  
S678  
013









# BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS



BULLETINS & MÉMOIRES  
DE LA  
**SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE**  
ET  
**GYNÉCOLOGIQUE**  
**DE PARIS**

POUR L'ANNÉE 1894

PUBLIÉS SOUS LA DIRECTION DE MM.

**PORAK**  
Secrétaire général

**GENDRON**  
Secrétaire des Séances



PARIS  
*JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS*

35, BOULEVARD HAUSSMANN, 35

—  
1895



SOCIÉTÉ  
OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE  
DE PARIS

---

**Composition du Bureau  
POUR L'ANNÉE 1895**

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| <i>Président,</i>                     | MM. TERRILLON. |
| <i>1<sup>er</sup> Vice-Président,</i> | MAYGRIER.      |
| <i>2<sup>e</sup> Vice-Président,</i>  | RICHELOT.      |
| <i>Secrétaire-général,</i>            | PORAK.         |
| <i>Secrétaire des séances,</i>        | TOUVENAIN.     |
| <i>Secrétaire-adjoint,</i>            | AVRARD.        |
| <i>Trésorier-Archiviste,</i>          | OLIVIER.       |

~~~~~

## MEMBRES HONORAIRES

|                  |                 |                |
|------------------|-----------------|----------------|
| MM. F. — BERGER. | F. — FERDUT.    | F. — A. PETIT. |
| F. — DUPLAY.     | F. — A. GUERIN. | F. — VERRIER.  |
| F. — DESOYRE.    | F. — MARCHAND.  |                |

## MEMBRES TITULAIRES

| MM.                                       | MM.                                      |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| F. — AUWARD, 58, rue de la Boétie.        | F. — LOVIOT, 68, rue d'Amsterdam.        |
| F. — AVRARD, 9, rue Chomel.               | 1887. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE                |
| 1889. BAR, 122, rue de la Boétie.         | 3, avenue Montaigne.                     |
| 1892. BOISLEUX, 19, rue Montmartre.       | F. — LUTAUD, 35, boul. Haussmann.        |
| 1894. BOISSARD, 68, rue Saint-Lazare.     | 1889. MAYGRIER, 13, rue des Pyramides.   |
| 1889. BONNAIRE, 37 ter, rue de Bourgogne. | 1891. NITOT, 24, rue Lafayette.          |
| 1890. BONNET, 13, rue de Turin.           | F. — NIVERT, 22, rue Bayard.             |
| 1889. BUDIN, 4, avenue Hoche.             | F. — OLIVIER, 6, rue Maubeuge.           |
| 1891. CHAPUT, 30, rue du Bac.             | F. — PAJOT, 14, rue Monsieur-le-Prince.  |
| F. — CHARPENTIER, 66, rue Miromesnil.     | F. — PERIER, 9, rue Boissy-d'Anglas.     |
| F. — DOLERIS, 91, Boul. Malesherbes.      | 1889. P. PETIT, 30, rue Racine.          |
| F. — DUMONT-PALLIER, 24, rue Vignon.      | 1894. PICHEVIN, 18, rue Caumartin.       |
| 1893. FOURNEL, 50, rue Richer.            | 1890. POITOU-DUPLESSIS, 40, rue Joffroy. |
| 1891. GENDRON, 10, rue de Turbigo.        | F. — POLAILLON, 229, boul. St-Germain.   |
| F. — GRESLOU, 7, rue Rouget-de-Lisle.     | F. — PORAK, 176, boul. St-Germain.       |
| F. — GUENIOT, 1, rue de Lille.            | 1885. REY, 7, rue Saint-Lazare.          |
| 1887. JOUIN, 11 bis, cité Trévisse.       | 1892. REYNIER, 2, rue de Rome.           |
| 1888. KIRMISSON, 27, quai d'Orsay.        | 1886. RICHELLOT, 32, rue de Penhièvre.   |
| F. — LABUSQUIÈRE, 5, rue Coëtlogon.       | 1889. SCHWARTZ, 122, Boul. St-Germain.   |
| 1886. LE PILEUR, 15, rue de l'Arcade.     | F. — TERRILLON, 36, rue du Général Foy.  |
|                                           | 1893. TOUVENAIN, 18, rue de Provence.    |

## MEMBRES ASSOCIÉS NATIONAUX

1894. M. PENOYÉE, 8, rue de Louvois.

## MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

| MM.                             | MM.                           |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1894. BERLIN (Nice).            | 1890. LEFOUR (Bordeaux).      |
| 1894. BEUGNIES-CORBEAU (Givet). | 1893. LERICHE (Nice).         |
| 1882. BOUSQUET (Marseille).     | 1886. MARTEL (Saint-Malo).    |
| 1889. CORDES (Genève).          | 1892. PARA (La Ferté-Alais).  |
| 1891. CROUZAT (Toulouse).       | 1886. PERRET (Rennes).        |
| 1890. DUMAS (Levignau-Gard).    | 1893. QUEIREL (Marseille).    |
| 1892. FRAISSE (Roubaix).        | 1889. ROUVIER (Beyrouth).     |
| 1886. GUICHARD (Angers).        | 1889. SABAIL (Saint-Sauveur). |
| 1887. HIRIGOYEN (Bordeaux).     | 1889. SECHEYRON (Toulouse).   |
|                                 | 1886. TRIAIRE (Tours).        |

## MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

| MM.                            | MM.                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1890. AUGER (Montréal).        | 1887. LA TORRE (Rome).                |
| 1891. BARNES (F.) (Londres).   | 1894. LAURO (Naples).                 |
| 1889. BETRIX (Genève).         | 1887. LUSK (New-York).                |
| 1891. CHEVRIER (Ottawa).       | 1889. MISRACHI (Salonique).           |
| 1885. CLOPATOFKY (Bogota).     | 1889. NARICH (Smyrne).                |
| 1892. COROMILAS (Calamata).    | 1886. NEUGEBAUER (Varsovie).          |
| 1886. CORTIGUERA (Santander).  | 1892. POLK (New-York).                |
| 1887. CRUCEANU (Bucharest).    | 1892. REVERDIN (A.) (Genève).         |
| 1891. GEHRUNG (St-Louis).      | 1892. SKENE (Brooklyn).               |
| 1894. HADGÈS (Caire).          | 1893. SLAVIANSKY (Saint-Pétersbourg). |
| 1890. JACOBS (Bruxelles).      | 1890. TREUB (Leyde).                  |
| 1891. JENTZER (Genève).        | 1887. VULLIET (Genève).               |
| 1891. H. O. KELLY (Baltimore). |                                       |
| 1894. KUMMER (Genève).         |                                       |

## MEMBRES DÉCÉDÉS DEPUIS LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ

| MM.         |                  |           |
|-------------|------------------|-----------|
| BAILLY.     | GALLARD.         | RICHET.   |
| BERNUTZ.    | GILLETTE.        | SIREDEY.  |
| BLANC.      | MARTINEAU.       | THEVENOT. |
| DEVILLIERS. | NEUGEBAUER père. | WASSEIGE. |

## JOURS DES SÉANCES

|      |             |      |              |
|------|-------------|------|--------------|
| Judi | 10 Janvier. | Judi | 13 Juin.     |
| —    | 14 Février. | —    | 11 Juillet.  |
| —    | 14 Mars.    | —    | 10 Octobre.  |
| —    | 11 Avril.   | —    | 14 Novembre. |
| —    | 9 Mai.      | —    | 12 Décembre. |





## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 11 janvier 1894.*

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance manuscrite.* — Lettre de M. LAURO, de Naples, posant sa candidature de membre correspondant étranger. — Lettre de remerciements de M. le professeur SLAVIANSKY, nommé membre correspondant étranger.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

Allocution de M. LABUSQUIÈRE, président sortant. Allocution de M. MAYGRIER. — Compte-rendu de la situation financière par M. Ollivier, trésorier. — M. Ollivier propose de supprimer les jetons de présence et de ne tenir compte, pour la comptabilité, que des signatures. Adopté.

*Ordre du jour.* — *Présentations.* M. FOURNEL, au nom de M. PÉNOYÉE de Paris, et à l'appui de sa candidature, présente un nouveau forceps. (Commission : MM. Porak, Fournel, rapp.). — M. OLLIVIER, au nom de M. PICHEVIN : présentation de deux nouveaux dilateurs utérins. (Commission : MM. Porak, Ollivier, rapp.)

*Communications.* — M. GUÉNIOT : Procédé facile et non douloureux pour tamponner le vagin. *Discussion* : MM. DOLÉRIS, CHARPENTIER, DUMONT-PALLIER, GUÉNIOT. — M. LOVIOT : 1<sup>o</sup> Réponse à M. Charpentier à propos de son observation sur la rotation de la tête dans les positions postérieures. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, LOVIOT ; — 2<sup>o</sup> Avortement provoqué pour vomissements incoercibles. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, CHARPENTIER, LOVIOT. — M. BONNAIRE : hydrocéphalie et oligoamnios. Malformation du squelette d'origine mécanique. Bassin pseudo-scoliotique. *Discussion* : M. GUÉNIOT. — M. CHAPUT : Hystérectomie totale. *Discussion* : MM. FRAISSE, PETIT, CHAPUT. — M. FRAISSE : Mémoire sur une première série de cent laparotomies. — M. PICHEVIN : Prophylaxie des affections utérines et péri-utérines. (Commission : MM. BONNET et PETIT, rapp.).

Sur la proposition de M. DUMONT-PALLIER, la commission des candidatures est composée de MM. Budin, Porak, Ollivier.

M. LABUSQUIÈRE annonce qu'il s'est acquitté de la mission que lui avait confiée la Société de s'associer en son nom à la fête donnée à M. le Professeur Slaviansky, à propos de sa vingt-cinquième année d'enseignement officiel. Il communique la lettre que lui a envoyée M. le Professeur Slaviansky, qui remercie du titre de membre correspondant étranger qui lui a été conféré à cette occasion.

#### ALLOCUTION DE M. LABUSQUIÈRE, Président sortant.

Messieurs,

L'année dernière, à pareille époque, j'ai eu l'occasion de vous exprimer ma reconnaissance pour l'honneur que vous m'aviez fait en me portant à la Présidence de la Société. Je vous ai dit aussi, à cette occasion, que je considérais ce choix comme un témoignage précieux d'estime et surtout de votre grande bienveillance à mon égard. Eh bien ! je voudrais aujourd'hui vous remercier plus vivement, s'il était possible, de m'avoir continué, pendant toute l'année qui vient de s'écouler, cette bienveillance à défaut de laquelle il m'eût été assurément impossible de rester au poste où vous m'aviez élevé et où tant de vous méritaient de me précéder.

Je vous remercie donc à nouveau et je vous assure que je n'oublierai jamais l'honneur très grand que vous m'avez fait.

Messieurs, je ne voudrais pas quitter le fauteuil de la présidence sans accorder, au nom de tous, un souvenir à ceux de nos collègues que la mort a frappés, aussi bien qu'à ceux que la maladie éloigne de nos séances. Parmi ces derniers, il me suffira de rappeler les noms de M. le professeur Pajot et de M. Terrillon.

Je tiens ensuite à souhaiter la bienvenue aux membres du nouveau bureau et, en l'absence de M. Budin, j'invite M. Maygrier à me remplacer à la Présidence.

#### ALLOCUTION DE M. MAYGRIER.

Messieurs,

Cette première séance de l'année 1894 aurait dû être ouverte par notre Président M. Budin, ou, à son défaut, par notre premier Vice-Président, M. Terrillon.

En leur absence, je me trouve appelé aujourd'hui à ce fauteuil, puisque vous avez bien voulu m'élire à la fin de l'année dernière comme deuxième Vice-Président. Laissez-moi d'abord vous remercier vivement de l'honneur que vous m'avez fait en me donnant vos suffrages ; je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de cette grande marque de confiance et de sympathie.

Je ne veux pas empiéter sur les attributions du Président, et je laisse à M. Budin le soin d'apprécier comme ils le méritent les services rendus par le Bureau sortant et surtout par son Président M. Labusquière. Toutefois, je suis sûr d'être votre interprète à tous en témoignant à ce dernier toute notre gratitude pour l'amabilité et la courtoisie constantes, en même temps que pour la sûreté avec lesquelles il a dirigé nos séances en 1893, qualités que sa très grande modestie ne nous a pas empêchés d'estimer à leur juste valeur.

J'adresse aussi tous nos remerciements à notre fidèle et zélé secrétaire général M. Porak, et aux autres membres du Bureau, secrétaires et trésorier.

M. FOURNEL, au nom de M. PÉNOYÉE, de Paris : présentation d'un **nouveau forceps**, à l'appui de sa candidature. Renvoyé à la commission constituée par MM. Porak, Fournel, rapp.

M. OLLIVIER, au nom de M. PICHEVIN : présentation de deux **nouveaux dilateurs utérins**. Renvoyé à la commission constituée par MM. Porak, Ollivier, rapp.

M. GUÉNIOT. — **Procédé facile et non douloureux pour tamponner le vagin.** — J'espère que la Société Obstétricale ne trouvera pas indigne d'elle le très petit sujet dont je viens l'entretenir. Ceux d'entre mes collègues — et je puis bien dire que tous sont dans ce cas — qui ont eu, pour des causes très diverses, à tamponner le vagin, soit dans l'état de vacuité, soit au cours de la grossesse, savent combien cette petite opération est douloureuse pour la femme et parfois difficile pour le médecin. Je fais ici, bien entendu, allusion aux tamponnements que l'on pratique sans le secours de l'anesthésie, ni du spéculum. Or, ce sont de beaucoup les plus nombreux, du moins en obstétrique.

Frappé, de longue date, des inconvénients du procédé ordinaire, j'avais conçu l'idée d'utiliser une sorte d'écarteur bivalve, très court, qui permettrait d'agrandir l'orifice vaginal et d'introduire à volonté les pièces du tampon sans frottement douloureux. Mais l'instrument que j'emploie depuis quelque temps est plus simple encore. Comme il remplit parfaitement son office, j'ai cru bon de le faire connaître, en même temps que le procédé qui, journellement, me donne pleine satisfaction.

L'instrument dont il s'agit n'est autre qu'une sorte d'abaisse-langue, mais à valve longue et étroite (neuf centimètres sur deux et demi). C'est encore, pourrait-on dire, un vulgaire releveur du vagin, mais coudé à angle droit pour que la main qui le fixe ne masque pas la vulve.

Quant à la manière de procéder, pour le tamponnement, elle consiste à relever avec cet instrument la paroi antérieure du vagin, pendant que l'opérateur abaisse la paroi postérieure au moyen de son index gauche. L'ouverture du vagin se trouve ainsi suffisamment agrandie et protégée pour que les pièces du tampon soient introduites sans douleur, comme sans difficulté. Pour masser dans le vagin, la gaze antiseptique dont on fait un si grand usage, c'est là, je le répète, un moyen extrêmement simple, à la fois rapide et non douloureux.

**Discussion.** — M. DOLÉRIS : L'instrument que nous présente M. Guéniot est une des formes de la valve de Sims, dont il existe beaucoup de modèles. En gynécologie, nous nous servons journellement de valves pour pratiquer le tamponnement : c'est là une méthode que nous employons tous et qu'il est, par conséquent, utile de vulgariser.

M. CHARPENTIER. — Au lieu de relever la paroi supérieure du vagin, comme M. Guéniot, j'abaisse la fourchette au moyen d'une valve et fais glisser sur elle la mèche de gaze iodoformée.

M. GUÉNIOT. — La femme peut, en effet, ne rien sentir tout d'abord ; mais en faisant passer une série de boulettes, on cause de la douleur ; de même si l'on pousse une mèche de gaze iodoformée un peu longue.

M. CHARPENTIER. — En abaissant bien, la mèche glisse sans difficulté et sans douleur.

M. DUMONT-PALLIER. — Quelle objection y a-t-il à l'emploi du spéculum de Cusco ? Le doigt suffit alors pour introduire le tampon.

M. GUÉNIOT. — Oui ; mais il s'agit présentement de l'application des tampons sans le secours d'un spéculum.

M. LOVIOT. — **A propos de la réduction manuelle dans les positions occipito-postérieures.** — M. Charpentier nous a dit qu'il avait pu réduire manuellement une droite postérieure du sommet, mais qu'après cette réduction suivie d'une application de forceps, l'occiput était retourné en arrière, et que, finalement, le dégagement avait eu lieu en occipito-sacrée.

Je suis heureux que M. Charpentier, longtemps en défiance à l'égard du procédé de réduction manuelle que je préconise, l'ait employé lui-même avec succès, et non moins satisfait de l'occasion qu'il me fournit de rappeler que la réduction manuelle n'est pas tout, et qu'une fois cette réduction obtenue, il est certaines précautions à prendre si l'on veut qu'elle se maintienne. Faute de ces précautions, l'occiput ne tarderait pas, la plupart du temps, à retourner à son point de départ.

Il est indispensable que la première cuillère appliquée (la droite dans la position droite, quelle que soit la variété, la gauche dans la position gauche, quelle que soit la variété) vienne prendre exactement la place de la main réductrice, et qu'un aide maintienne le manche de cette cuillère, exactement dans la situation et la direction où l'opérateur l'a placée, faute de quoi, il serait nécessaire de recommencer, et la réduction manuelle, et le placement de cette première cuillère, qui joue, comme je l'ai dit, le rôle de levier passif et empêche l'occiput de retourner en arrière. En outre, malgré la bonne volonté de l'aide et l'habileté de l'opérateur, un déplacement des cuillères est à craindre, et se produit trop souvent, après le placement de la seconde cuillère, lorsqu'on pratique le décroisement obligatoire avec les forceps généralement employés — Levret ou Tarnier — si on a introduit la cuillère droite la première.

C'est pourquoi j'ai fait modifier, par M. Mathieu, l'articulation des forceps aujourd'hui classiques, de façon à permettre

d'articuler sans décroisement, lorsque la cuillère droite a été introduite première.

Cette modification, qui a l'avantage dans tous les cas d'éviter la distension et l'attrition de la vulve et du vagin, surtout fâcheuses chez les primipares, complète très utilement le procédé de la réduction manuelle, car lorsqu'on a réduit manuellement, tout n'est pas fait, il faut que cette réduction soit maintenue pendant l'application des cuillères et l'articulation des branches. Peut-être M. Charpentier a-t-il eu un aide un peu distrait, ou a-t-il laissé glisser la tête pendant le décroisement.

**Discussion.** — M. CHARPENTIER : L'occiput n'est pas retourné en arrière pendant l'application de forceps, mais pendant les tractions. J'avais transformé manuellement l'occipito-postérieure en occipito-pubienne. Puis j'avais fait une application directe, et c'est pendant les tractions, je le répète, que la tête est retournée en arrière et s'est dégagée en fin de compte en occipito-sacrée.

M. LOVIOT. — M. Charpentier s'est-il bien assuré, après son application de forceps, qu'il avait affaire à une occipito-pubienne ?

M. CHARPENTIER. — Parfaitement.

M. LOVIOT. — Par quelle branche M. Charpentier a-t-il commencé son application ?

M. CHARPENTIER. — Par la gauche.

M. LOVIOT. — C'est la droite qui devait être introduite la première dans l'espèce, pour faire levier passif et empêcher la tête de retourner en arrière.

Mais puisque M. Charpentier dit qu'après son application, la tête était encore en occipito-pubienne, bien qu'il ait introduit la cuillère gauche la première, le fait est tout à fait bizarre et ne prouve rien contre la valeur du procédé que je préconise.

M. LOVIOT. — Vomissements incoercibles de la grossesse apparaissant 1 mois 1/2 après la cessation des règles, une semaine après les vomissements simples. Ictère dès le début des vomissements simples et pen-

dant toute la durée des vomissements graves. Accumulation de matières stercorales simulant une tumeur des annexes gauches. Discordance entre le pouls et la température : température se maintenant constamment à 36°4 avec 140 pulsations malgré la coexistence de l'ictère. — Rétroflexion de l'utérus gravide, point de départ des réflexes stomacaux. — Perte considérable de poids subie par la malade au moment de l'intervention. — Avortement provoqué réalisé en 24 heures. — Excellent résultat obtenu par le lavage de l'estomac après l'intervention. — Le 15 octobre 1893, je fus prié de me joindre au Dr X. pour examiner, rue de Rennes, une jeune femme de 26 ans, mariée depuis trois mois à peine, non réglée depuis deux mois et 6 jours, alitée depuis un mois, et constipée depuis ce temps, vomissant sans cesse, extrêmement émaciée et affaiblie et présentant un état général très inquiétant.

Dans la conférence que j'eus avec mon confrère avant de voir la malade, le Dr X., qui avait été appelé 2 ou 3 fois auprès de Mme P., me dit que son diagnostic primitif avait été : vomissements incoercibles de la grossesse, mais qu'ayant pratiqué le toucher avec soin, il avait trouvé à sa dernière visite, une tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche, et que cette constatation le faisait maintenant hésiter au point de vue du véritable diagnostic à porter et du traitement à instituer. Je fus mis en présence de Mme P. Je trouvai une jeune femme très maigre, les traits tirés, les yeux excavés, les conjonctives, le visage et tout le corps d'une teinte ictérique très foncée, salivant abondamment et constamment, l'haleine fétide, le pouls très fréquent, sans chaleur notable de la peau, maussade, très irritable, ennuyée de mes questions qu'elle suivait à demi et auxquelles elle répondait peu précisément.

J'appris de l'entourage que M<sup>me</sup> P., bien portante jusqu'à 19 ans, devint nerveuse et souffrit de l'estomac de 19 à 22 ans, qu'elle se rétablit et que sa santé fut parfaite de 23 à 25 ans 1/2.

Elle est bien réglée, 3 jours, depuis l'âge de 14 ans.

Mariée le 22 juillet 1893, elle revit ses règles du 6 août au 9 août, puis, plus rien. Pendant les 4 semaines qui suivirent, santé bonne ; mais à partir du 7 septembre, Mme P. se sentit

indisposée, très drôle, dit-elle. Le 14 octobre, vomissements après le dîner, puis vomissements piteux le matin, puis de bile verte. 8 jours plus tard, vomissements presque totaux, ni aliments solides ni boissons n'étaient conservés. Mme P. ne restait pas 1/2 heure sans vomir.

Elle s'alita le 14 septembre et fut constipée depuis cette époque. L'ictère apparut s'accompagnant bientôt d'urines foncées, de sécheresse de la peau, de fétidité de l'haleine, de salivation acide très abondante, de sécheresse de la langue, de soif vive, d'altération des traits, d'amaigrissement, de fréquence du pouls, de douleur dans le flanc gauche ; l'urine examinée ne contenait pas d'albumine.

La quantité d'urine émise par jour n'atteignait pas un litre.

Le pouls battait 140 fois par minute.

Le thermomètre marquait 36°4.

Notons immédiatement que ce chiffre ne fut jamais dépassé, et que cette observation nous fournit un nouvel et bel exemple de la dissociation du pouls et de la température dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

La malade étant énervée, avait des idées noires, de la céphalée non localisée, de temps en temps des hallucinations de la vue.

Mme P., le 20 juillet 1893, deux jours avant son mariage, pesait 132 livres. Je ne sais pas ce qu'elle pesait le 15 octobre, jour de ma première visite, mais quand je la revis 15 jours plus tard et que j'intervins, je la pesai avant l'intervention et je ne trouvais plus que 88 livres.

Madame P. avait donc perdu depuis son mariage, remontant à 3 mois,  $132 - 88 = 44$  livres, c'est-à-dire exactement  $\frac{1}{3}$  de son poids. Or, d'après Chossat, cité par Mathias Duval, « des animaux meurent quand ils ont perdu les  $\frac{4}{10}$  de leur poids primitif ». Les  $\frac{4}{10}$  de 132 étant 52, notre malade n'avait donc plus que 8 livres à perdre pour mourir par inanition, le 1<sup>er</sup> novembre, jour de l'intervention.

C'est dans l'état sus-indiqué que je vis Mme P., le 15 octobre. Par le palper combiné au toucher, je constatai un utérus fortement rétrofléchi, et presque immobilisé par une tumeur assez résistante, occupant et faisant bomber le cul-de-sac latéral gauche. Le corps de l'utérus avait les caractères, volume, forme,



consistance, d'un utérus gravide. J'ai dit que chez Mme P. la constipation était opiniâtre et ancienne. Ayant fait cette constatation, je déclarai qu'il s'agissait vraisemblablement d'un utérus gravide avec accumulation de matières stercorales dans l'S iliaque et qu'il importait avant tout de désobstruer l'intestin à l'aide d'un purgatif suffisamment énergique. Après quoi, l'exploration de l'utérus deviendrait plus aisée et il serait permis d'établir un diagnostic absolument ferme.

Mon confrère se rangea à cet avis et se chargea de faire le nécessaire, puis je me retirai, après avoir conseillé du café noir additionné de XX gouttes de laudanum de Sydenham avant le repas, et m'être mis à la disposition complète du confrère et de la famille.

Je ne fus rappelé que le 31 octobre, rue Notre-Dame de Nazareth, où la malade avait été transportée.

Aucune amélioration ne s'était produite dans son état ; au contraire, la situation s'était encore aggravée. Toutefois le purgatif et les lavements avaient désobstrué l'intestin et la tumeur du cul-de-sac gauche était entièrement disparue. L'exploration bimanuelle de l'utérus me permit d'être très affirmatif et de diagnostiquer l'existence de la grossesse sans aucune hésitation. Poids 35 au 1/4, 88 livres au lieu de 132, température 36,4, ictère intense, amaigrissement extrême, urines rares, haleine fétide, ptyalisme. Vomissements incessants et presque complets, etc. Il n'y avait pas à hésiter ni à perdre de temps. Je proposai l'accouchement prématuré pour le lendemain matin à la première heure. Mon confrère adopta pleinement cette conduite, aussi que la famille et la malade, qui désirait même que nous intervenissions immédiatement.

Le 1<sup>er</sup> novembre 1894 dans la matinée, avec l'aide de mon confrère, après avoir pesé la malade et pratiqué une antisepsie complète des organes génitaux, j'introduisis profondément dans la cavité utérine une bougie stérilisée dont je repliai l'extrémité dans le vagin, et que je maintins à l'aide de deux tampons de gaze iodoformée.

Le lundi matin, 24 heures après l'introduction de la bougie, je me présentai chez la patiente, qui souffrait et perdait du sang.

Je la fis mettre en position obstétricale, et à peine y était-elle,

qu'elle expulsa une poche ovulaire, citrine, transparente de 10 à 12 centimètres de longueur sur 6 à 7 cent. de largeur dans laquelle nageait un embryon très distinct. Cette poche était constituée uniquement par l'amnios. Puis je retirai les 2 tampons, puis la bougie, et enfin je trouvai dans le cul-de-sac postérieur du vagin le placenta et le chorion. Injections chaudes antiseptiques au permanganate de potasse. Je n'employai pas le sublimé par crainte d'une intoxication possible, pansement vulvaire antiseptique, et après avoir fait changer les draps, les alèzes et le linge de corps de la malade, je remis celle-ci dans son lit. Tout cela eut lieu rapidement, sans perte de sang notable, sans fatiguer beaucoup la malade, confiée à une parente très intelligente et très dévouée qui se chargea de faire les injections vaginales au permanganate, et au coaltar, les pansements vulvaires, les lotions sur le corps, la toilette de la bouche, et tous les soins que je prescrivis.

Je rappelle que, fort heureusement, dans l'espèce, 24 heures seulement s'étaient écoulées entre l'introduction de la bougie et la déplétion complète de l'utérus.

Après cette déplétion l'état de la malade ne fut point notablement modifié. Elle était cependant plus satisfaite, mais elle ne put davantage conserver le lait qu'on lui présenta. J'avais, du reste, prévenu la famille que l'intervention faite en vue d'arrêter le progrès du mal et de permettre la guérison, ne supprimait pas les faits accomplis et ne produisait pas un changement à vue.

Néanmoins, en raison de l'état général grave de Mme P., que l'ictère venait encore compliquer, je résolus, sans perdre un temps précieux, de tenter de l'alimenter artificiellement.

Pour le faire avec quelque succès, il me sembla indispensable de faire précéder le gavage du lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy tiède. Bien m'en prit, car ce lavage ramena, mêlée à l'eau, une notable quantité de bile.

J'eus la satisfaction de voir Mme P., dès la première séance, conserver 1/4 de litre de lait. Les premiers jours je fis deux lavages et deux gavages dans les 24 heures, augmentant un peu la quantité de lait, et je fis administrer dans le même temps deux lavements nutritifs (bouillon, peptone, jaune d'œuf).

Pendant 2 ou 3 jours encore, Mme P. eut quelques vomisse-

ments, mais pas immédiatement après l'ingestion artificielle du lait, puis les vomissements cessèrent.

J'essayai alors de lui faire prendre son lait à la tasse, mais inutilement, les vomissements se reproduisaient. Je continuai alors les lavages et les gavages. L'eau des lavages revenait toujours teintée de bile. La malade se trouvait très bien de ces lavages et disait se sentir de l'appétit après qu'ils avaient été pratiqués.

Ces lavages furent faits 2 fois par jour, du 1<sup>er</sup> novembre au 12 décembre, les gavages du 1<sup>er</sup> novembre au 15 novembre, mi-partie avec du lait de vache, mi-partie avec du képhir n° 1. et n° 2.

A partir du 15 novembre Mme P. put s'alimenter sans le secours de la sonde œsophagienne tant avec du lait de vache qu'avec le képhir. (Les lavages furent continués jusqu'au 12 décembre, époque où le liquide injecté cessa de revenir, teinté de bile.)

Dans la dernière semaine de novembre, Mme P. put adjoindre à son lait et à son képhir, d'abord un, puis deux, puis trois potages par jour, potages au lait et à la farine d'avoine, à l'arrow-root, au racahout, à la semoule, etc.

Vers la même époque, je conseillai les inhalations d'oxygène que l'on fit pendant une dizaine de jours — 30 litres par jour — comme stimulant vital et antiseptique.

La fréquence du pouls avait diminué graduellement, mais lentement: de 140 il tomba à 120, se maintint longtemps à 100 ; enfin descendit à 80, qui paraît être son chiffre normal chez Mme P.

A partir du 12 décembre Mme P. commença à prendre des aliments légers, poulet, soles, ris de veau, fruits cuits, etc., et bientôt s'alimenta avec précaution à peu près comme tout le monde.

Ses règles ne parurent pas en novembre, mais seulement le 22 décembre, un mois et 22 jours après l'intervention. Elles durèrent 3 jours. Tout le corps de Mme P. fut le siège d'une desquamation épidermique très accusée. J'ai fait peau neuve, nous disait-elle.

Le 7 janvier 1894, Mme P. pesait 112 livres, elle avait donc regagné 24 livres depuis le 1<sup>er</sup> novembre, jour de l'avortement provoqué.

Il lui reste 20 livres à récupérer, pour reprendre son poids de

132 livres du 20 juillet 1893. Mais Mme P. dit qu'elle se trouve bien ainsi.

L'ictère a complètement disparu, l'appétit est très bon, la gaieté est revenue et Mme P. vague, comme par le passé, à toutes ses occupations. L'utérus, bien entendu, est toujours en rétroflexion.

Cette observation nous a paru intéressante aux titres suivants :

Précocité des vomissements incoercibles apparaissant 1 mois 1/2 après la cessation des règles, une semaine après les vomissements simples ;

Ictère dès le début des vomissements simples et pendant toute la durée des vomissements graves ;

Accumulation de matières stercorales dans l'S iliaque et le rectum simulant une tumeur des annexes gauches ;

Discordance entre le pouls et la température ; température se maintenant constamment à 36°4 avec 40 pulsations.

Fréquence du pouls d'autant plus remarquable qu'il y avait coexistence d'ictère et que l'ictère ordinairement détermine un ralentissement des pulsations artérielles.

Rétroflexion de l'utérus gravide, point de départ des réflexes stomacaux. Rapidité et bénignité de l'avortement provoqué antiseptiquement.

Excellent résultat obtenu par le lavage et le gavage de l'estomac après l'intervention.

Enfin, perte considérable de poids subie par la malade au moment de l'intervention. M<sup>me</sup> P... avait perdu 1/3 de son poids.

**Discussion.** — M. GUÉNIOT. Je veux faire une simple observation : la thérapeutique radicale a peut-être été suivie un peu rapidement. L'état était grave, il est vrai ; mais l'utérus était en rétroversion. En supprimant cette cause, souvent on supprime les vomissements. Peut-être, dans ce cas, une réduction, même un peu violente, aurait-elle transformé ces vomissements incoercibles en vomissements simples ?

Souvent le médecin se laisse influencer par l'entourage ; il doit, au contraire, savoir résister. — Jacquemier disait que « l'avortement n'est qu'une thérapeutique de désespoir ». Le problème est de guérir la femme et de conserver la grossesse. Je ne veux, pourtant, pas faire la critique de la conduite sui-

vie par M. Loviot : il a agi comme il croyait devoir le faire et, dans cette circonstance, il doit être le meilleur juge, ayant été à la peine. — Mais je ne puis m'empêcher de penser que peut-être il aurait réussi en réduisant.

Actuellement j'ai, dans mon service de la Maternité, une femme atteinte de vomissements incoercibles. En pratiquant le toucher, on perçoit, au niveau de l'orifice interne du col un<sup>e</sup> petite tumeur dure et saillante. Ce matin même j'ai fait, au moyen d'une pince, une légère dilatation. Son état est toujours très grave, mais les vomissements sont moindres.

M. CHARPENTIER. — Je suis d'un avis tout à fait opposé, et pense qu'il y a avantage à supprimer la grossesse plutôt trop tôt que trop tard. — Je reprocherai même à M. Loviot d'avoir trop attendu. M. Guéniot a peut-être raison, en principe ; mais M. Loviot a été au plus pressé. — Pour moi, deux points capitaux sont à considérer : d'abord, l'amaigrissement considérable de la malade. Lorsqu'elle perd 400 à 500 gr. par jour, il n'y a pas à hésiter. En second lieu, la discordance entre la température et le pouls. Toutes les fois que cette discordance existe, quelle que soit la maladie, je considère la situation comme très grave. — Dernièrement, une jeune femme de province, auprès de laquelle j'avais été appelé, ne me semblait pas dans un état grave, quoiqu'elle présentât cette discordance entre la température et le pouls. Aussi l'intervention fut-elle différée. Une heure après notre visite, la malade succombait.

M. Loviot paraît s'étonner que les vomissements n'aient pas cessé immédiatement après la provocation de l'avortement. — Quant à moi, dans aucun avortement provoqué pour vomissements incoercibles, jamais je n'ai vu les vomissements cesser de suite — un, deux, trois jours s'écoulaient avant que ce résultat soit obtenu. — Et c'est là encore une raison pour ne pas attendre trop longtemps — car on doit compter sur ces deux ou trois jours pendant lesquels les vomissements vont continuer.

Je me rappelle l'histoire d'une jeune femme américaine, auprès de laquelle j'avais été appelé avec Bailly et Bar, et qui succomba quelques heures après notre visite : on avait perdu du temps, on avait trop attendu. Ce cas fut doublement dramatique, le jeune mari alla se tuer sur la tombe de sa femme.

Je le répète, en terminant, il vaut mieux intervenir trop tôt que trop tard.

M. Lovior rappelle, pour justifier son intervention, l'état excessivement grave de la malade (elle avait perdu un tiers de son poids quand il la vit) qui ne lui permettait pas de perdre le moindre temps à un redressement problématique.

**M. BONNAIRE. — Hydrocéphalie et oligoamnios. — Malformations du squelette d'origine mécanique. — Bassin pseudo-scoliotique. —** Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de soumettre à la Société proviennent d'un fœtus mal conformé, né dans le service d'accouchement de la Charité, le 27 décembre 1893.

La mère, primipare de 25 ans, arrive à l'hôpital en travail, le 26 décembre au soir. C'est une femme de bonne constitution, sans antécédents pathologiques.

La grossesse, arrivée au terme de 8 mois et demi, a évolué sans particularités ; cette femme ne manque pas de raconter qu'elle a éprouvé une vive frayeur au 3<sup>e</sup> mois, en entendant faire le récit de l'accouchement d'un fœtus à deux têtes, et que depuis, elle a eu la conviction qu'elle accoucherait d'un monstre. On ne trouve rien de spécial au point de vue de l'hérédité. Son mari s'adonne à la boisson.

Le diagnostic de la présentation est rendu presque impraticable par la palpation et le toucher, à cause du défaut de liquide amniotique, de l'état de la tension de la paroi utérine intimement accolée au fœtus, et de l'élévation de la partie fœtale. Cette dernière, explorée à travers le segment inférieur, offre une consistance rappelant celle de l'extrémité pelvienne ; on croit à l'existence d'une présentation du siège jusqu'à ce que la dilatation totale du col et la rupture des membranes permettent de constater par le toucher direct l'existence d'une hydrocéphalie avec présentation du sommet.

La dilatation étant complète, je suis appelé auprès de la parturiente le 27, au soir. Je constate que l'engagement n'a aucune tendance à s'effectuer, malgré l'énergie des contractions utérines. Je pratique la ponction du crâne avec l'aspirateur Potain. 500 grammes de liquide sont ainsi extraits, et une demi-heure après, la femme accouche spontanément.

Il reste 200 grammes de liquide dans le crâne. L'enfant, du sexe féminin, vit ; il respire et crie pendant 20 heures, au bout desquelles il succombe.

A l'autopsie, l'examen du contenu du crâne est trop imparfait pour donner quelques renseignements sur la nature des lésions encéphaliques accompagnant l'hydrocéphalie. On a, en effet, tenté de rendre à la tête son volume primitif en injectant du suif coloré à l'intérieur. Toutefois, il est manifeste que la quantité de matière cérébrale n'est pas inférieure au volume qu'elle constitue à l'état de bonne conformation.

Les os du crâne présentent des plaques d'arrêt de développement, de forme nummulaire, confluentes ou isolées, et qui semblent taillées à l'emporte-pièce en plein tissu osseux ; j'ai déjà observé de semblables anomalies de développement du tissu osseux sur la voûte du crâne, chez le fœtus et le nouveau-né, en dehors de toute altération de l'encéphale, et j'en ai publié la description dans le *Progrès médical* en 1892.

Tous les appareils, hormis le squelette, sont en état de parfait développement.

Il semble qu'en conséquence de l'absence de liquide amniotique, le tronc et les membres du fœtus se soient vicieusement pelotonnés autour de la tête hypertrophiée, et se soient en quelque sorte enroulés autour de celle-ci.

Les membres supérieurs sont tordus sur eux-mêmes : les avant-bras et les mains sont en attitude de supination et de flexion exagérées.

Les membres pelviens, fléchis à l'extrême sur le bassin, sont en même temps portés en extension forcée, à ce point, qu'ils décrivent une forte courbure en concavité dirigée en avant. Le membre droit est en adduction ; la gauche en abduction. En d'autres termes les deux membres, étendus, sont déjetés, accolés l'un à l'autre vers le plan latéral gauche du fœtus.

En conséquence du pelotonnement exagéré des membres relevés sur le tronc, le fémur est courbé de façon à décrire une concavité tournée en avant. Les deux pieds sont en varus.

La colonne vertébrale présente une courbure scoliotique, dorso-lombaire, à grand arc, unique, c'est-à-dire sans courbures de compensation alternes ; la concavité de la scoliose est orientée vers la droite. En outre, les vertèbres ne sont pas tordues autour de

leur axe vertical, à l'inverse de ce qu'on observe dans la scoliose acquise.

Le bassin offre la déformation à type oblique ovulaire du détroit supérieur. L'os coxal droit est redressé, aplati et déjeté en dedans. L'ischion droit est rejeté vers le plan médian, tandis que celui du côté gauche est attiré en haut et en dehors. Plusieurs points de cette observation m'ont semblé particulièrement intéressants :

1° La coïncidence, tout à fait anormale, de l'oligoamnios avec l'hydrocéphalie, alors que l'hydropisie de l'amnios est la règle en pareil cas.

2° Le mode de traitement employé pour faire face à la dystocie spéciale à l'hydrocéphalie : J'estime qu'il est préférable de se contenter de pratiquer la ponction aspiratrice du crâne dans la présentation du sommet, de façon à laisser la femme accoucher seule, plutôt que de pratiquer d'emblée la cranioclasie ou la céphalotripsie. En agissant ainsi, on évite de porter l'intervention à l'intérieur même de l'utérus, et on n'expose pas la femme aux risques de l'infection par voie ascendante. Celle-ci est toujours à redouter dans une certaine mesure dans les opérations intra-utérines en raison des difficultés que présente la réalisation d'une asepsie parfaite du vagin et du col utérin.

En outre, ce mode de traitement évite à la femme d'être exposée aux érosions des parois molles du canal génital, érosions qui peuvent se produire lorsqu'on extrait la tête démolie et hérissée d'esquilles osseuses faisant saillie à travers les téguments crâniens.

3° La troisième considération que nous suggère cette observation, celle sur laquelle nous attirons spécialement l'attention de la Société, a trait à la pathogénie mécanique de la malformation pelvienne qu'offrait ce fœtus. Bien qu'il y ait concomitance d'une incurvation latérale du rachis et d'une déformation du bassin à type oblique ovulaire, les caractères de la distorsion pelvienne ne sont pas exactement ceux du bassin sciolitique si la malformation est celle que produit la sciolose vraie sur le grand bassin et sur le détroit supérieur, elle est différente pour l'excavation et le détroit inférieur.

Elle diffère pour l'excavation, en ce que le sacrum regarde



directement en avant sans offrir de torsion sur son grand axe vertical. Pour le détroit inférieur, en ce que l'ischion appartenant à l'os coxal aplati et redressé à sa partie supérieure, est déjeté en dedans, au lieu d'être attiré en dehors comme sur le bassin scoliotique, tandis que la tubérosité homologue du côté opposé, est, au contraire, déviée en dehors et en haut.

La déformation pelvienne est ici tout à fait indépendante de celle de la colonne vertébrale. Sa pathogénie mécanique repose, d'une part, sur l'action compressive exercée par le muscle utérin sur la partie supérieure du bassin en direction oblique de droite à gauche, et d'autre part, sur l'influence de la déviation des deux membres pelviens. Du côté droit, le fémur porté en adduction forcée, a refoulé l'ischion en dedans ; du côté gauche, rejeté de côté en abduction, il a entraîné la tubérosité ischiotique en dehors, sous l'action des tractions musculo-ligamenteuse. La déviation des membres inférieurs n'agit pas autrement en pareil cas, que pour les bassins coxalgiques. On sait, en effet, que l'adduction du membre malade détermine la déviation de l'ischion correspondant en dedans, et que l'adduction le dévie en dehors. Il s'agit, en somme, d'un bassin atypique pour lequel nous proposons la dénomination de pseudo-scoliotique.

**Discussion.** — M. GUÉNIOT : J'approuve entièrement la manière d'agir de M. Bonnaire. Il a imité, en quelque sorte, ce que l'on fait, lorsque la tête reste derrière : on incise le canal vertébral ; la tête se vide et tombe. Le procédé de la ponction capillaire est à suivre et vaut beaucoup mieux que le brisement des os, car ceux-ci sont très épais et peuvent blesser le vagin.

Je comprends aussi tous les détails donnés par M. Bonnaire au sujet des déformations du squelette : ces déformations sont évidemment dues aux pressions exercées par les parois utérines, à cause du peu de liquide existant.

Quant aux courbures de compensation, elles sont ici absentes, parce qu'elles ne peuvent exister qu'à la suite de l'action de la pesanteur dans la station verticale.

**M. CHAPUT. — Hystérectomie vagino-abdominale avec suture hermétique du péritoine (Hystérectomie vagino-abdominale fermée).** — L'hystérectomie vaginale est sans contredit une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. Son manuel opératoire a été considérablement amélioré par Péan et Segond, mais si près qu'elle soit de la perfection, cette méthode présente encore quelques points faibles. Il reste quelques progrès à réaliser pour abréger certaines opérations qui durent encore deux ou trois heures quand on s'attaque à de gros fibromes ou à des pyo-salpinx avec utérus fixés et se refusant à descendre. La mortalité varie selon les opérateurs et selon la nature des opérations entre 5, 10, 15 et parfois 25 pour cent. Quant aux causes de mort, je n'en connais pour ainsi dire que deux : l'hémorrhagie et la septicémie.

L'hémorrhagie survient pendant l'opération ou quelques heures après, ou bien au moment de l'ablation des pinces. Dans tous les cas, la découverte des vaisseaux est longue, difficile, souvent même impossible à réaliser, surtout quand l'hémorrhagie survient après l'opération, le chirurgien étant le plus souvent dépourvu d'éclairage, d'aides et d'instruments convenables. Le tamponnement est généralement impuissant à arrêter l'hémorrhagie, parce qu'on manque de point d'appui pour comprimer efficacement ; les bandes iodoformées disparaissent les unes après les autres dans l'abdomen largement ouvert, et l'on empoisonnerait plus facilement le sujet par l'iodoforme qu'on n'obtiendrait l'hémostase par tamponnement.

Quant à la septicémie, on s'étonne vraiment qu'elle ne soit pas plus fréquente, si l'on réfléchit que le foyer opératoire, qui bourgeonne et suppure, reste largement en communication avec le péritoine béant, et que les tissus sphacelés par les pinces sont au contact de l'air et au voisinage de la vulve où toutes les sécrétions séjournent et s'altèrent rapidement.

Quand on retire du vagin des malades les pinces noircies et souillées, on s'étonne que ces instruments aient pu rester dans le péritoine sans l'infecter. Personne n'oserait mettre en contact avec une plaie ces pinces qui, cependant, sortent d'un péritoine relativement sain.

Les perfectionnements à apporter à l'hystérectomie me parais-

sont donc devoir viser les points suivants : facilité opératoire, suppression des hémorrhagies et de la septicémie.

C'est dans ce but que j'ai adopté un plan opératoire, dont j'ai déjà entretenu la Société l'an dernier ; dans ce mémoire, j'étudiais l'hystérectomie vagino-abdominale appliquée aux fibromes de moyen volume. Poursuivant ces études, j'ai étendu cette opération à tous les cas justiciables de l'hystérectomie totale, et, de plus, j'ai ajouté à cette opération un complément très important, consistant dans la suture complète de la plaie péritonéale par l'abdomen ; nous verrons, en effet, plus loin que cette dernière précaution donne de grandes garanties contre l'hémorrhagie et la septicémie.

*Description de l'opération.* — Voici la succession des temps opératoires. On fait d'abord une toilette soignée suivie d'une désinfection complète de la vulve et du vagin.

Le canal utérin est désinfecté soit par le curage, soit par une injection intra-utérine de teinture d'iode avec la seringue de Braun.

Je place ensuite deux écarteurs, je saisis le col avec deux pinces érigées et je pratique, avec des ciseaux courbes, une incision circulaire autour du col.

Avec le doigt, je décolle les tissus, en avant et en arrière de l'utérus, puis je coupe la partie inférieure des deux ligaments larges sur une hauteur de deux à trois centimètres, après avoir fait préventivement l'hémostase avec quelques pinces de Péan à mors courts.

L'opération vaginale est terminée ; je me lave de nouveau les mains, et je procède à la laparotomie. L'abdomen étant ouvert, je saisis le fond de l'utérus avec une forte érigne et je le tire en haut et en arrière ; j'incise aux ciseaux le cul-de-sac vésico-utérin le plus haut possible, et, décollant le lambeau péritonéal, je rejoins la cavité vaginale.

Avec une pince, je crève le cul-de-sac de Douglas. Je pratique alors la section des ligaments larges en les chargeant sur trois pinces ; la première est placée en dehors des annexes, les deux autres sur la partie moyenne des ligaments larges, la partie inférieure de ces ligaments ayant été, si l'on s'en souvient, pincée

et coupée par le vagin. L'utérus et les annexes se trouvent ainsi enlevés en bloc.

Je remplace alors les pinces par des ligatures à la soie, je fais la toilette du bassin et je procède à la fermeture du péritoine.

Je suture les lambeaux péritonéaux avec une aiguille de Reverdin à pédales, coudée à gauche ; mais comme cette manœuvre se passe à une grande profondeur, il est souvent difficile de conduire le fil au contact de l'aiguille. Avec les doigts, on ne peut guère porter un fil plus loin que 8 à 9 centim., à moins de mettre les deux poings dans le ventre. On peut, il est vrai, monter une anse de fil sur une pince hémostatique, mais on échoue souvent à ce jeu d'adresse. J'ai trouvé plus simple de me servir d'un instrument que j'ai fait construire et que j'appelle pince en fourche. C'est une longue pince à disséquer dont les mors ont la forme d'une fourche à pointes mousses dirigées en bas. L'instrument est muni d'un arrêt comme les pinces à fixer le globe oculaire. Pour s'en servir, on tend le fil entre les branches de la fourche dont on maintient les mors serrés grâce à l'arrêt. On porte alors le fil au contact de l'aiguille, en tenant la pince d'une seule main, comme une plume à écrire, on fait glisser le fil à la surface de l'aiguille, et à un moment donné, un faux pas vous



avertit que le fil est entré dans le chas ; on laisse retomber la pédale de l'aiguille pour emprisonner le fil et on ouvre la pince en fourche, il ne reste plus qu'à entraîner le fil et à le nouer, quatre ou six fils suffisent à nouer complètement le péritoine.

Je prends la précaution de bien enterrer l'extrémité des pinces vaginales sous mes sutures, de façon à ce que le foyer vaginal n'ait aucune communication avec le péritoine.

Je ne fais pas de drainage par l'abdomen, sauf le cas de rupture d'abcès dans le ventre ; dans ces conditions je place une mèche iodoformée dans le bassin pour drainer ; je mets simplement une mèche iodoformée dans le vagin ; les pinces sont enlevées au bout de 48 heures ; à partir du 3<sup>e</sup> jour, la malade reçoit deux injections phéniquées faibles chaque jour.

Ce procédé présente de grands avantages relativement à l'hémostase. Pendant l'opération il est difficile d'avoir des hémorragies graves, tellement les manœuvres sont simples, faciles et la technique bien réglée. On peut encore avoir des hémorragies le jour même de l'opération ou au moment de l'ablation des pinces. Dans les deux cas, on en viendra facilement à bout par le tamponnement vaginal. Grâce à la suture du péritoine, nous avons un point d'appui pour le tamponnement, et il suffit de quelques mèches pour exercer une compression efficace, tandis que, avec un péritoine béant, on entasserait en vain des mètres de gaze, ceux-ci disparaîtraient l'un après l'autre dans le ventre, sans jamais comprimer efficacement le vaisseau ouvert.

La fermeture du péritoine est aussi une excellente précaution contre la septicémie. Par elle l'abdomen ne communique plus avec l'air, ni avec le foyer sphacélé, bourgeonnant et suppurant du vagin. On ne laisse dans le péritoine que 6 ligatures à la soie placées sur des pédicules aseptiques ; il n'en est pas de même dans la salpingectomie abdominale, où il reste toujours dans le ventre des moignons de trompes contenant du pus. Un argument d'une grande valeur et qui frappe les yeux nous est donné par les pinces au moment de leur ablation. Elles sortent du vagin, blanches et brillantes, et peuvent être remises telles quelles dans la vitrine ; quelle différence avec les pinces sales, noires, imprégnées de pus, que l'on retire après les hystérectomies vaginales ordinaires.

Je pense que la cause de l'intégrité des pinces dépend de la septicité moindre du foyer qui n'est pas constamment mouillé par les sécrétions péritonéales. On sait que l'humidité facilite considérablement les processus septiques.

Nous examinerons maintenant quelques objections qu'on pourrait nous adresser.

*1° Pourquoi ne pas faire l'hystérectomie tout entière par le vagin et fermer ensuite le péritoine soit par le vagin, soit par la laparotomie.*

Cette pratique n'est pas admissible, car la suture du péritoine par le vagin est à peu près impossible à réaliser. Serait-elle possible, il faudrait se garder de la faire, car on laisserait au-dessus de la suture, des pinces en plein péritoine.

On pourrait à la rigueur lier les pinces supérieures par l'abdomen, et suturer ensuite le péritoine, mais la ligature ainsi conduite serait beaucoup plus difficile à réaliser que celle qu'on exécute sur des pinces placées par l'abdomen.

*2° Pourquoi ne pas faire toute l'opération par l'abdomen ?*

Parce que la partie inférieure des ligaments larges est très difficile à lier par l'abdomen et qu'on s'exposerait à des hémorragies mortelles. On pourrait à la rigueur prendre la partie inférieure des ligaments larges avec des pinces vaginales guidées par la main abdominale, mais ce serait difficile et dangereux avec des pinces à longs mors qui saisissent une trop grande épaisseur des tissus. Avec les pinces à mors courts l'inconvénient n'est pas moindre, car on est obligé, après avoir placé chaque pince, de couper la portion pincée ; on place alors une nouvelle pince et on coupe de nouveau : on ne peut s'avancer que pas à pas, ce qui n'est possible qu'on opérant complètement par le vagin.

*3° Pourquoi ne pas enlever d'abord le corps de l'utérus par l'abdomen, comme le font Goullioud, Péan, Martin, etc. ?*

Cette manière de faire ne serait pas satisfaisante, car elle forcerait à opérer en trois temps : 1<sup>er</sup> temps : ablation du corps ; 2<sup>e</sup> temps : ablation du col ; 3<sup>e</sup> temps, suture du péritoine. La suture du péritoine ne pourrait pas se faire après le premier temps à cause de la présence du col ; elle pourrait, en outre, se trouver rompue par les manœuvres vaginales ; enfin les pinces pourraient n'être pas convenablement isolées du péritoine par une suture péritonéale faite trop prématurément.

*4° Au lieu de faire la suture du péritoine, pourquoi ne pas se contenter de la suture du vagin ?*

La suture du vagin présenterait un double inconvénient : d'abord, elle enfermerait dans le péritoine les pinces avec le foyer de sphacèle et de suppuration qu'elles comportent ; ce serait le meilleur moyen de favoriser la septicémie.

En second lieu, en cas d'hémorrhagie, le tamponnement ne pourrait être efficace, puisque la suture l'empêcherait de s'exercer directement sur le foyer saignant.

*Indications opératoires.* — L'opération que nous avons décrite est applicable dans tous les cas que l'on considère actuelle-

ment comme justiciables de l'hystérectomie vaginale. Je l'emploie encore dans les cas de gros fibromes abdominaux.

*Salpingites.* — Dans les salpingites, notre opération présente de grands avantages sur la laparotomie, de même que sur l'hystérectomie vaginale.

Elle n'a pas, comme la laparotomie, l'inconvénient de laisser dans le ventre des moignons de trompes septiques, ni un utérus qui pourrait plus tard provoquer des accidents.

Par notre procédé, nous évitons facilement la rupture des poches purulentes dans le ventre, en les ponctionnant par le vagin, la ponction étant rendue plus facile par le décollement préalable de cet organe.

Nous avons une grande supériorité sur l'hystérectomie vaginale dans les cas d'adhérences des poches à l'intestin. Nous pouvons enlever complètement toutes ces poches ; enfin, nous ne sacrifions pas fatalement des ovaires sains dans les cas de diagnostic erroné. Dans cette hypothèse, l'erreur est constatée à l'ouverture du ventre, et la malade n'a perdu aucun organe, pas même le col utérin, qui reste en place, quoique isolé.

*Cancer utérin.* — Dans les cas de cancer, l'opération que j'ai décrite, présente, comme l'hystérectomie vaginale, l'inconvénient d'exposer à l'infection du péritoine à cause de la septicité habituelle du col dégénéré. Aussi, ai-je pour principe de séparer les deux premiers temps par 48 heures d'intervalle. Tout d'abord, j'enlève le col par le vagin, sans chloroforme, et 48 heures après, j'enlève le corps par l'abdomen. De cette façon, le foyer opératoire, les instruments et les mains, sont propres et innocents pour le péritoine.

*Fibromes.* — Dans les fibromes de moyen volume, l'opération s'exécute régulièrement, mais dans les gros fibromes, il peut arriver que le col soit tellement remonté et peu accessible, que son isolement par le vagin soit impossible comme premier temps opératoire. Dans ces conditions, on fera d'abord l'hystérectomie supra-vaginale, puis on enlèvera le col soit par l'abdomen, soit par le vagin. En dernier lieu, on fera la suture du péritoine.

*Résultats.* — J'ai fait huit fois l'hystérectomie vagino-abdominale fermée, avec huit succès ; c'est la statistique intégrale de toutes mes opérations de ce genre. Je l'ai faite une fois, pour un fibro-

me de moyen volume, une fois pour un gros fibrome remontant à sept travers de doigts des pubis; le professeur Zweifel, de Leipzig, et le docteur Auvard, m'ont fait l'honneur d'assister, le 27 septembre 1893, à cette opération, qui a très bien marché et j'ai su que le jour même, ils avaient tous deux commandé chez Favre, une pince en fourche de mon modèle dont ils avaient apprécié le fonctionnement.

J'ai employé ce procédé dans neuf autres cas de salpingites et dans un cas de kyste suppuré de l'ovaire dans lequel la face postérieure du ligament large droit saignait abondamment au niveau d'une adhérence.

Dans tous les cas, l'opération a été exécutée avec une rapidité surprenante; je n'ai eu aucune surprise, aucun accroc; c'est un procédé brillant et sûr.

L'hystérectomie vagino-abdominale a été pratiquée avant moi par Delpuech, puis par Bardenheuer, acceptée par Freund et par Kœberlé pour les cancers utérins; je l'ai appliquée ensuite aux fibromes utérins de moyen volume et j'ai fini par étendre ses indications à tous les cas d'hystérectomie vaginale et à tous les fibromes, même les plus volumineux. J'y ai ajouté la suture du péritoine que je considère comme un perfectionnement considérable. Quoique l'hystérectomie vagino-abdominale ait été faite avant moi par plusieurs chirurgiens, et quoique Edebohls ait conseillé récemment la suture du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale, je pense cependant avoir le droit de décrire ce procédé comme nouveau, car l'ensemble de l'opération que j'exécute, n'a jamais été décrit par personne; de plus, j'en ai fixé le manuel opératoire avec plus de précision qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Enfin, j'ai étendu considérablement les indications de cette opération qui, dans mon esprit, est destinée à se substituer entièrement à l'hystérectomie vaginale.

**Discussion :** M. FRAISSE. — Cette opération a été décrite, en partie, par Dührssen, dans son livre. Gusserow l'a pratiquée depuis longtemps pour des myomes et des carcinomes.

Au Congrès de chirurgie de 1890, on a longuement discuté la question de la voie préférable pour attaquer les tumeurs, par la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.



A l'étranger — Gusserow et Martin, en particulier — on procède tantôt par en haut, tantôt par en bas.

Quant à la suture du péritoine, c'est une heureuse innovation ; mais elle se ferait très aisément au moyen d'aiguilles montées sur le porte-aiguilles, au lieu d'utiliser l'aiguille de Reverdin, qui me semble un instrument défectueux, pour ce cas.

M. CHAPUT. — J'ai déjà fait l'historique de la question dans une précédente communication, et j'ai cité ceux qui avaient les premiers pratiqué l'opération, Kœberlé et Freund, entre autres. J'insiste actuellement sur deux points essentiellement nouveaux : la suture des lambeaux péritonéaux, et l'application de cette opération à des cas très différents.

M. PETIT. — M. Chaput a-t-il donc renoncé au drainage abdomino-vaginal, qu'il avait institué, disait-il, pour ne pas enfermer le loup dans la bergerie ?

M. CHAPUT. — J'y ai, en effet, renoncé, malgré les bons résultats qu'il m'avait donnés, parce que les soins consécutifs étaient réellement bien délicats, pour être confiés à des infirmiers.

J'ai donc transformé mon opération : étant sûr de mon asepsie, je ferme maintenant complètement le péritoine.

M. FRAISSE. — **Mémoire sur une première série de 100 Laparotomies.** — Il y a deux ans, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, un mémoire sur une série de 30 laparotomies, mémoire à la suite duquel la Société a bien voulu m'admettre au nombre de ses correspondants nationaux. J'exerçais alors dans le Nord, à Roubaix-Tourcoing.

Depuis, ayant quitté cette ville pour m'établir à Paris, j'ai eu l'occasion de faire d'assez nombreuses opérations gynécologiques. En particulier, le 6 octobre dernier, j'ai pratiqué ma centième laparotomie (1).

(1) Il s'agissait d'un fibrome de l'utérus, avec hémorrhagies profuses, chez une dame de 48 ans (Mme M., rue d'Enghien). La tumeur ne pouvant être amenée au niveau de la plaie, j'ai dû me contenter de la castration annexielle. Suites simples ; retrait sensible de la tumeur. Suppression absolue des hémorrhagies. La malade peut être considérée comme guérie.

D<sup>r</sup> G. FRAISSE.

Pensant qu'il y avait lieu de réunir cette suite opératoire en série et d'en faire l'objet d'un rapport succinct, je considère comme un devoir de présenter ce travail à la Société, en la priant de lui accorder, malgré son peu d'importance, le même bienveillant accueil. Puisse ce modeste hommage lui marquer ma gratitude, ainsi que mon désir d'être de plus en plus digne de ses suffrages.

Cette série de 100 laparotomies se décompose dans les catégories suivantes.

|                                                               |     | Guérisons. | Morts. |
|---------------------------------------------------------------|-----|------------|--------|
|                                                               |     | —          | —      |
| Grands kyste de l'ovaire et du ligament large.....            | 14  | dont 14    | et 0   |
| Fibro-myomes de l'utérus.....                                 | 17  | 16         | 1      |
| Pyo et hydrosalpingites.....                                  | 16  | 15         | 1      |
| Hystéropexies.....                                            | 5   | 5          | 0      |
| Abcès pelviens.....                                           | 6   | 6          | 0      |
| Laparotomies exploratrices.....                               | 1   | 0          | 1      |
| Lap. pour péritonite tuberculeuse.....                        | 2   | 2          | 0      |
| Grossesse extra-utérine.....                                  | 1   | 0          | 1      |
| Tumeurs malignes de l'ovaire....                              | 2   | 0          | 2      |
| Anus iliaques.....                                            | 4   | 4          | 0      |
| Lapar. pour oophoro-salpingites chroniques non-kystiques..... | 32  | 32         | 0      |
| Total.....                                                    | 100 | 94         | 6      |

Voici les résultats succincts de chacune de ces catégories :

#### Grands kystes de l'ovaire.

Au nombre de 14 ; opérées toutes guéries. Chez plusieurs, la guérison définitive ne s'est établie qu'après un certain temps (3 à 6 mois) ; l'une d'elles (Mme D., de Roubaix, opérée le 5 janvier 1893) a présenté des troubles menstruels très pénibles et très tenaces, qui ont toutefois disparu.

Deux fois, il s'agissait de filles vierges, âgées l'une de 26 et l'autre de 28 ans ; dans le 1<sup>er</sup> de ces deux cas (Mlle B., de Roubaix, opérée le 5 mars 1891), le second ovaire et la trompe correspondante, ayant paru sains, furent laissés dans le ventre. Toutefois, les règles n'ont point reparu et cette ménopause précoce a donné lieu à des troubles nerveux très pénibles, qui, paraît-il, subsistent encore.

Dans 3 cas, il s'agissait de kystes paro-ovariens, tous très difficiles à pédiculiser et à extraire. Dans un autre cas, kyste énorme rempli de pus, ce dernier étant privé de microbes. L'examen du

contenu purulent de ce kyste a donné lieu à une étude bactériologique spéciale parue in *Arch. de Tocologie*.

### **Fibro-myomes de l'utérus.**

Au nombre de 17, avec 16 guérisons et une mort. Pour 3 d'entre eux, je me suis contenté de la castration annexielle, laquelle a donné des résultats très satisfaisants. Toutefois, en principe, j'estime que cette opération ne doit être utilisée que dans le cas où l'amputation de l'utérus myomateux ou son extirpation totale sont jugées impossibles ou trop dangereuses, et qu'elle doit céder le pas à la myomotomie abdominale, toutes les fois que celle-ci est praticable. Or, ce choix réside tout entier dans le tempérament du chirurgien et ne saurait se plier à des règles précises. D'où la divergence des opinions et la difficulté d'établir un parallèle entre ces deux modes opératoires.

Dans un cas (Mme R., de Tourcoing, opérée le 10 juin 1891), j'ai fait la myomotomie avec pédicule rentré, en appliquant très exactement le procédé de Schroeder. Suites remarquablement bonnes ; guérison rapide. A ce propos, j'insisterai sur un point bien décrit par Schroeder et ses élèves, mais que les traités français ne paraissent pas avoir mis suffisamment en lumière. Lorsqu'on libère l'utérus néoplasique par la section des ligaments larges, cette section ne doit jamais porter au niveau des cornes utérines, comme certains livres le figurent par erreur, mais en dehors des annexes, c'est-à-dire au niveau du ligament infundibulo-pelvien, qui loge les vaisseaux spermatiques. Chaque section se fait entre deux rangées de ligatures très soignées, ces dernières partant du ligament infundibulo-pelvien et se dirigeant vers la région de l'orifice interne du cervix. Enfin, la plus basse ligature doit entrer dans le col lui-même et comprendre une forte portion de substance utérine, de façon à intéresser l'artère utérine, qui se trouve ainsi préventivement liée. Cette précaution s'impose toutes les fois qu'on veut amputer l'utérus et que le lien élastique ne se place pas de lui-même au-dessous des annexes ; elle donne une grande sécurité pour l'avenir du moignon, surtout quand celui-ci est abandonné à l'intérieur.

Dans un cas moins heureux, j'ai voulu imiter la pratique de A. Martin, auquel j'avais vu pratiquer récemment plusieurs énucléations, et comme lui j'ai voulu me servir uniquement de catgut en suture continue et étagée. L'opération a marché sans en-

combre ; mais au 5<sup>e</sup> jour une hémorrhagie secondaire a enlevé la malade, les catguts s'étant résorbés trop vite.

Enfin, dans 12 autres cas, ayant pu amener la tumeur hors du ventre, j'ai pratiqué la myomotomie par la méthode de Hégar, avec pédicule extérieur. Toutes ces malades ont guéri.

Ce procédé m'a donné des résultats tels que je ne saurais songer à le remplacer par un autre ; malgré tout le bruit fait autour des méthodes plus récentes et plus radicales, il a jusqu'à nouvel ordre toutes mes préférences. Il est courant, dans les livres, de lui voir imputer une foule de désagréments, au point de vue des suites ; pour ma part, je ne les ai point observés.

En résumé, sur 17 opérations pour fibro-myomes j'ai obtenu 16 succès et une mort, cette dernière étant imputable à une faute de technique, qu'on ne commet pas deux fois. Ces interventions ne m'ont point paru comporter des difficultés extraordinaires et mériter le fâcheux renom qui leur venait des premières statistiques.

#### **Tumeurs inflammatoires des annexes ; sacs tubaires (pyo-salpinx et hydrosalpinx).**

Au nombre de 16 cas, avec 15 succès (opératoires !) et une mort. Cette dernière a eu lieu à l'occasion d'un pyosalpinx unilatéral, de la grosseur d'un œuf de dinde, opéré le 22 juillet 1890, à Roubaix. Il s'agissait d'une femme très cachectique, qui avait séjourné dans tous les hôpitaux de la région et qui gardait le lit depuis 2 ans. Ceci n'est point pour innocenter l'intervention ; en effet, quoi qu'il en soit de ces antécédents déplorables, la malade est morte, au 6<sup>me</sup> jour, avec tous les signes d'une péritonite bien nette. Il y a donc eu faute de technique. Depuis, cette complication mortelle ne s'est pas reproduite.

A titre de curiosité pathologique, je citerai un cas (Mme Van K., Roubaix, le 27 avril 1890) où l'opérée portait un kyste purulent de la trompe gauche et une hydrosalpingite à droite, tumeurs volumineuses, surtout la dernière, qui s'est rompue pendant les manœuvres de décortication. On sait que le liquide séreux des sacs tubaires les plus clairs peut être très virulent (Landau) ; ici, il est résulté de cet accident une sorte d'infection atténuée, qui s'est traduite par de la fièvre, et par l'apparition, au 5<sup>me</sup> jour, d'une parotidite des plus manifestes.

Au point de vue de l'étiologie, 8 fois au moins ou pouvait in-

criminer une infection gonococcienne ; dans deux autres cas bien nets, il s'agissait de pyosalpingites tuberculeuses, avec propagation de tubercules au reste de l'abdomen ; ces dernières malades ont particulièrement bien guéri ; l'une d'elles a subi en même temps une périnéorrhaphie pour déchirure complète (Mme Br., opérée le 11 mai 1892), et jouit aujourd'hui d'une santé des plus satisfaisantes.

En résumé, 16 succès opératoires sur 17 cas ; mais en réalité il n'y a eu que 14 guérisons thérapeutiques, et encore plusieurs d'entr'elles ont mis longtemps à s'établir. Deux opérées se sont montrées réfractaires à l'enlèvement des lésions et continuent à souffrir comme devant, entre autres la malade dont il a été parlé plus haut et qui portait à la fois un kyste tubaire séreux et un autre purulent.

### **Abcès pelviens.**

Au nombre de 6 cas, avec 6 guérisons. Tous ont été traités par la méthode de L. Tait et marsupialisés à la plaie abdominale. J'estime que, dans tous ces cas, l'intervention par le vagin eût été plus difficile, plus pénible et surtout inefficace en raison de la hauteur des lésions.

Dans tous les cas, il y a eu épanchement de pus dans la cavité abdominale et toilette sommaire de cette dernière à la gaze stérilisée, sans lavage ni drainage d'aucune sorte ; l'examen bactériologique, pratiqué dans trois de ces cas, n'a révélé aucune forme microbienne, preuve de l'ancienneté de la collection purulente.

Dans le sixième et dernier cas (Mme S., opérée le 12 juillet 1893), à cause de l'étendue des décortications intestinales, j'ai cru devoir pratiquer un tamponnement de Mickulicz. Il en est résulté une fistule stercorale qui, aujourd'hui, a tout l'air de vouloir se fermer seule. Pareil reproche fait au tamponnement de l'abdomen a déjà été formulé par A. Martin et par A. Doran. Pour moi, il s'agit là d'une ressource extrême, et, par suite, d'une application très rare.

Quant aux résultats définitifs, ils sont vraiment remarquables ; ce sont de véritables résurrections. Jusqu'à nouvel ordre, je continuerai à donner mes préférences à la voie abdominale, qui m'a toujours permis d'atteindre et de guérir les suppurations péri-utérines.

### **Hystéropexies.**

Au nombre de 5, avec 5 guérisons. Dans 4 cas, il s'agissait de prolapsus génitaux complets. Je considère alors comme indispensable de rétablir à la fois tous les éléments de la statique pelvienne, ce qui s'obtient en pratiquant dans la même séance l'amputation du col, la colporrhaphie antérieure, la colpopérinéorraphie et finalement la fixation ventrale. Il se produit de la sorte des résultats durables, sinon définitifs, car, jusqu'à ce jour, mes opérées se sont maintenues guéries, malgré que presque toutes soient astreintes à des occupations pénibles.

Dans un 5<sup>e</sup> cas, opéré en juin 1893, il s'agissait d'une obstruction intestinale aiguë, consécutive à une paramétrite postérieure. L'utérus rétrofléchi s'était hernié à travers les ligaments utéro-sacrés tuméfiés et rapprochés entre eux par l'inflammation; il en résultait des phénomènes d'étranglement, et c'est du reste pour un iléus présumé que la laparotomie avait été entreprise. La réduction *in situ* de la matrice, suivie de sa fixation par les moignons des annexes extirpées, a fait disparaître tous les symptômes. C'est là évidemment un cas rare, bien qu'on en trouve des exemples dans la littérature (Koeberlé, B. S. Schultze).

### **Laparotomies exploratrices.**

Un cas, avec une mort. Il s'agissait d'une énorme tumeur abdominale de nature indéterminée, compliquée d'une ascite considérable et ayant amené un état général des plus graves (Mme P., opérée le 10 février 93). Une fois le ventre ouvert, j'ai trouvé un lympho-sarcome du foie absolument inopérable et la plaie a été refermée de suite. Dès le soir même, l'ascite se reproduisait avec une abondance extraordinaire et la malade mourait vers la 20<sup>me</sup> heure littéralement étouffée, avant que des phénomènes infectieux aient le temps de se reproduire. Ce sont de ces cas où l'on a l'habitude d'incriminer le shock opératoire sur un sujet profondément débilité.

### **Laparotomies pour péritonite tuberculeuse.**

Deux cas, avec deux guérisons opératoires et 1 guérison thérapeutique qui semble définitive. Dans l'autre cas, après une guérison apparente de plusieurs mois, le ventre s'est enflé de nouveau et la malade est entrée à l'hôpital Laënnec. Là, deuxième laparotomie, qui, d'après ce qu'on m'a rapporté, a amené une guérison durable.

**Grossesse extra-utérine.**

Un cas, avec une mort. Femme de 22 ans, opérée *in extremis*; le collapsus résultant de l'hémorrhagie était tel qu'il a à peine fallu donner du chloroforme. Grossesse tubaire gauche rompue; abdomen rempli d'énormes caillots sanguins. Malgré la simplicité et la rapidité de l'intervention, la malade est morte au bout de quelques heures. Dans ce cas la transfusion sous-cutanée d'eau salée (solution physiologique de sel marin) eût pu rendre des services; elle n'a pas été faite, faute du dispositif nécessaire. Inutile d'insister sur cette insuffisance de technique.

**Tumeurs malignes de l'ovaire.**

Deux cas, avec deux morts, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné la léthalité des interventions de ce genre.

Femmes âgées (55 et 60 ans), cachectiques et fortement débilitées par les progrès du mal. Dans les deux cas, tumeurs énormes, papillomateuses, remplissant tout le ventre, ayant contracté des adhérences avec tous les viscères et compliquées d'une ascite abondante. L'intervention, très longue et très pénible, a été rapidement suivie de mort, celle-ci survenant par shock et sans apparition de symptômes infectieux, ce qui donne raison au conseil de Schroeder et de Ohlsausen de ne point s'attaquer aux tumeurs de cette nature.

**Anus iliaques.**

Ces interventions, au nombre de 4 et toutes suivies, bien entendu, de succès ont été pratiquées pour des obstructions malignes du rectum et ont donné d'excellents résultats au point de vue de la survie et du soulagement des malades. Dans deux cas, l'anوس artificiel a été établi pour compléter l'extirpation totale du rectum cancéreux par la méthode de Kraske. Récidive du néoplasme au niveau du nouvel anus, après 13 et 15 mois.

**Laparotomies pour inflammations chroniques et non kystiques des annexes.**

Au nombre de 32 cas, avec 32 succès opératoires. Je ne puis en dire autant des résultats thérapeutiques.

Inutile d'insister sur cette opération, qui n'offre en général aucune difficulté, même quand les annexes sont noyées dans un feutrage d'adhérences qui ont fait donner à cette lésion de pelvi-péritonite le nom pittoresque et assez juste de *bassin*.

*fibreux*. J'ai même remarqué qu'en pareil cas les suites opératoires sont remarquablement bénignes, malgré le travail de décortication. Ces opérations sont, en général, d'un bon pronostic, car à elles s'applique cette remarque formulée par H. Fritsch, que là où il n'existe plus de péritoine intact, on ne doit pas redouter une péritonite.

Les résultats thérapeutiques sont plus contestables. Sur 32 cas, on peut compter 22 guérisons complètes ou améliorations pouvant passer pour telles. Dans 4 cas, les douleurs ont persisté comme auparavant, ce qui ne surprendra personne. Enfin, dans 6 cas, après une sédation de plusieurs mois, les douleurs ont reparu et repris leur intensité.

Ces insuccès ne sont point faits pour amoindrir la réaction bienfaisante qui s'est opérée contre la castration annexielle et ses abus. Pour ma part, je deviens de plus en plus circonspect à son endroit ; j'hésite longuement avant d'y recourir, ayant fait, d'autre part, l'expérience des méthodes conservatrices, qui, habilement conduites, peuvent donner des résultats remarquables. Dans ces derniers temps, le massage m'a été d'un puissant secours.

En résumé, sur 100 laparotomies, j'ai eu 94 succès et 6 morts. De ces dernières, 2 eussent pu être évitées, car il s'agissait de fautes de technique (péritonite et hémorrhagie). Dans deux autres cas (papillomes malins de l'ovaire), l'intervention était, je le reconnais, très discutable, très hasardee, et le nombre des chances assez minime. Seul, le désir exprès des malades peut justifier ces tentatives.

Enfin, dans deux autres cas (grossesse tubaire rompue et laparotomie exploratrice), la mort s'explique aisément par l'état antérieur, très défavorable, du sujet.

Tels sont les résultats de ma pratique en ce qui concerne la chirurgie abdominale. Encore qu'ils soient de faible valeur, je prie mes maîtres et mes confrères de les apprécier avec leur bienveillance habituelle, qui me sera le meilleur et le plus sûr des encouragements pour l'avenir.

**M. PICHEVIN : Prophylaxie des affections utérines et péri-utérines.** (Renvoyé à la commission constituée par MM. Bonnet et Petit, rapporteur.)

---



## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 8 février 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. BONNET. A propos de la communication de M. LOVIOT : vomissements gravidiques incoercibles arrêtés par la dilatation prolongée, sans menace d'avortement.

*Correspondance manuscrite.* — La Société obstétricale et gynécologique de Berlin invite à se faire représenter à son jubilé cinquantenaire, qui aura lieu le 9 mai 1894. (Accepté.) M. BUDIN présente, au nom de M. LA TORRE trois mémoires : 1<sup>o</sup> Notes cliniques sur les plegmons en fer à cheval du ligament large. 2<sup>o</sup> Contribution à l'étiologie et au traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. 3<sup>o</sup> De l'étiologie et du traitement de l'ostéomalacie considérée à un nouveau point de vue.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Ordre du jour.* — *Présentations de pièces.* M. FRAISSÉ. Laparotomie pour tumeur abdominale. *Discussion* : MM. CHAPUT et FRAISSÉ.

*Communications.* — M. TREUB : Grossesse interstitielle et tubo-utérine droite. Laparotomie. — M. BOISSARD : Nouvelle technique pour provoquer l'accouchement provoqué. Présentation d'instruments. La discussion est renvoyée à la prochaine séance. — M. OLLIVIER : 1<sup>o</sup> Rapport sur les titres de M. BOISSARD, candidat au titre de membre titulaire : 2<sup>o</sup> Sur les titres et travaux de M. BERLIN, candidat au titre de membre correspondant national. — M. PETIT : Rapport sur les titres et communications de M. PICREVIN, candidat au titre de membre titulaire. — M. PICHEVIN : Hygiène et prophylaxie des affections utérines et péri-utérines. — M. FOURNEL : Rapport sur les titres et présentation de M. PÉNOYÉE, candidat au titre de membre associé national. — *Discussion* : MM. GUÉNIOT, PORAK, BUDIN, VERRIER, FOURNEL. — M. TOUVENAIN : Rapport sur les titres de M. BEUGNIES-CORBEAU, candidat au titre de membre correspondant national. — M. BEUGNIES-CORBEAU a envoyé à l'appui de sa candidature, une observation de symphyse utéro-placentaire, délivrance au bout de 43 heures. — M. NARICH : Explication des causes mécaniques qui font que

SOCIÉTÉ OBST. — 1894.

dans les rétrécissements antéro-postérieurs, les applications du forceps d'avant en arrière échouent, tandis que les applications obliques réussissent.

**M. STEPH. BONNET. — Vomissements gravidiques incoercibles arrêtés par la dilatation prolongée, sans menace d'avortement.** — A propos de l'observation de vomissements incoercibles, présentée à la dernière séance par M. Loviot, je demande la permission d'en citer brièvement un cas pour lequel mon avis me fut demandé et qui se termina d'une façon assez inattendue pour présenter quelque intérêt. Le voici, reconstitué d'après quelques notes que m'a fournies le Dr Muleur, médecin de la malade en question.

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, non mariée, ayant eu deux grossesses antérieures, la première conduite à terme ; la seconde, interrompue artificiellement, au 4<sup>e</sup> mois, en raison de vomissements incoercibles qui mettaient sa vie en danger.

Le 9 janvier 1890, le Dr Muleur est appelé auprès d'elle et la trouve dans l'état suivant : La malade est d'une maigreur squelettique, pâlie, d'une faiblesse excessive, pouvant à peine se mouvoir dans son lit, la peau chaude, le pouls très rapide et très faible, en proie à des nausées continuelles et rejetant aussitôt tout aliment liquide ou solide. Elle vomit ainsi, depuis 4 semaines, absolument tout ce qu'elle ingère. Elle se dit enceinte, est en mesure de préciser la date exacte de la fécondation, qui remonte à 40 jours environ, et ne dissimule pas, du reste, la contrariété qu'elle en éprouve. Le col est légèrement ramolli, mais l'utérus n'est pas très gros.

Pendant 5 jours, le Dr Muleur essaye divers traitements : opium, vésicatoire épigastrique, lavements alimentaires, chloroforme, etc. Devant l'insuccès de ces moyens, et la situation devenant tout à fait alarmante, il songe à provoquer l'avortement et me prie de lui donner mon avis. Après avoir vu la malade, le 14 janvier, et la considérant comme en danger prochain, je ne puis qu'appuyer son projet et, après avoir rédigé une consultation motivée, nous prenons rendez-vous pour le lendemain afin d'introduire une laminaire pour dilater le col, au risque, prévu, de provoquer l'avortement.

Une laminaire de 6 cm. est donc introduite le 14, aseptiquement

et facilement, dans la cavité utérine, et le vagin est tamponné à l'iodoforme. Pendant 24 heures, les vomissements cessent et la malade s'alimente un peu. Devant ce résultat et en l'absence de toute contraction utérine, le Dr Muleur retire la laminaire le lendemain et fait un simple pansement vaginal. Les vomissements reprennent aussitôt et durent toute la journée ; alors, le 17, deux lamineires sont introduites aussi haut que possible : Les vomissements cessent encore et la journée est bonne : nulle contraction utérine n'est perçue, nul écoulement sanguin ne se manifeste, de sorte que, vu encore le volume peu considérable de l'utérus, le Dr Muleur se prend à douter de la réalité de la grossesse. Il laisse de nouveau la malade sans laminaire, pendant une journée et les vomissements recommencent. Fort de cette contre-épreuve, il dilate de nouveau très largement, allant progressivement jusqu'à introduire dans l'utérus un fagot de 5 tiges qu'il laisse en place pendant 3 jours. Les vomissements ont cessé dès la reprise de la dilatation et ne se reproduisent plus lorsque, à partir du 23, on cesse la dilatation. La malade s'alimente, reprend des forces et de l'embonpoint. A aucun moment, il n'y a eu menace d'avortement.

Le Dr Muleur la suit jusqu'au 9 février et la quitte en très bon état, convaincu, malgré les affirmations de la malade et la déception qu'elle éprouve du succès du traitement, qu'il s'agissait simplement d'un spasme de l'orifice interne avec réflexes gastriques. Mais la malade avait raison, car après une bonne fin de grossesse, elle accouchait 7 mois 1/2 plus tard, d'un enfant à terme et parfaitement constitué.

Ce cas n'est pas extraordinaire, puisque la dilatation du col est conseillée comme un des traitements des vomissements incoercibles de la grossesse et que, d'autre part, cette dilatation ne doit pas fatalement entraîner l'avortement. Néanmoins, les choses ont été, ici, poussées à l'extrême : la dilatation a été faite avec des tiges de 6<sup>e</sup>, c'est-à-dire pénétrant bien au delà de l'orifice interne, a duré 8 jours, avec deux journées d'interruption seulement, et a atteint, pendant 3 jours consécutifs, le calibre d'un faisceau de 5 tiges d'assez fort volume. Or, les vomissements se sont arrêtés définitivement et il n'y a eu ni hémorrhagie ni contraction utérine. Ce double résultat m'a donc paru, sinon riche en conclusions, au moins intéressant à signaler.

M. BUDIN, au nom de M. LA TORRE, professeur agrégé à l'Université de Rome, présente à la Société trois mémoires.

Dans le premier : « **Notes cliniques sur le phlegmon en fer à cheval du ligament large** », M. La Torre, se basant sur un cas qu'il a observé et qu'il rapporte, met en doute l'existence de cette variété de phlegmon qui doit être souvent confondu avec une collection dans les trompes. Le second est « **une contribution à l'étiologie et au traitement des vomissements incoercibles de la grossesse** ». La Torre pense que cette affection est le résultat d'une congestion active ou passive du col utérin ; il en résulterait une altération particulière des nerfs, de là des réflexes déterminant les vomissements. On doit donc s'attacher à faire disparaître cette congestion et à calmer l'irritabilité nerveuse qu'elle provoque. Pour obtenir ce résultat, il a recours au glycérolé à l'ichthyol. Si ce moyen est insuffisant, on fera la dilatation et même on provoquera l'avortement s'il est nécessaire. Suivent deux observations où le glycérolé à l'ichthyol a complètement réussi et une troisième où on dut pratiquer l'avortement provoqué.

Dans sa dernière communication, M. La Torre parle « **de l'étiologie et du traitement de l'ostéomalacie à un nouveau point de vue** ». Il cite les expériences et les observations d'un auteur italien, Pétrone, qui a été amené à penser que les guérisons d'ostéomalacie à la suite d'opérations sont uniquement dues à l'administration du chloroforme. L'ostéomalacie, suivant cet auteur, serait produite par un microbe qu'il appelle le ferment de la nitrification et sur lequel le chloroforme ou ses analogues chimiques auraient une grande action. Un cas qu'il a traité par le chloral a été guéri. Donc, avant de recourir aux opérations chirurgicales, on fera bien de se rappeler les conclusions de Pétrone.

D<sup>r</sup> FRAISSE : **Tumeur abdominale opérée consécutivement à une première oophrectomie. — Guérison.** — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre une observation qui me paraît offrir de nombreux points obscurs et pour laquelle je sollicite vos lumières. Il s'agit d'une de mes clientes, ayant subi deux laparotomies consécutives dans les conditions que voici :

Mme C. (rue du Bois, à Levallois-Perret), grande et forte femme de 23 ans, Ipare, souffre d'une périmétrite chronique des plus

caractérisées : douleurs violentes et continues, amaigrissement, état général très affaibli, etc. etc.

A l'examen, qui a lieu dans les premiers jours d'octobre 93, je constate deux masses fluctuantes et adhérentes, situées dans le Douglas, de chaque côté du col. Diagnostic : pyosalpinx bilatéral.

Je propose l'enlèvement des tumeurs, et je pratique une première laparotomie le 20 octobre 93 avec l'assistance des D<sup>rs</sup> Clarot et Poirier. Rien à signaler dans cette intervention, un peu longue et pénible, comme c'est l'habitude. Voici, Messieurs, les deux sacs tubaires purulents, dont l'un a été ouvert pour l'examen du contenu. Vous pouvez voir qu'ils étaient d'un volume plus qu'ordinaire et qu'ils étaient fixés par de très nombreuses adhérences.

Les suites ont été aussi bonnes que possible. Les douleurs ont disparu de bonne heure et vers le 15<sup>e</sup> jour, Mme C. pouvait se lever et marcher.

Un pareil résultat pouvait faire espérer une guérison durable, définitive. En effet, le mois de novembre 1893 a été excellent. Tous les jours, la malade semblait renaître à la santé, reprenait de l'embonpoint.

Toutefois, vers la fin de ce même mois, Mme C. recommence à souffrir, non plus à la même place, il est vrai, mais plus haut dans l'abdomen. Les douleurs prennent rapidement un caractère aigu ; l'amaigrissement reparait, l'alimentation devient de plus en plus difficile, le sommeil est supprimé, etc., etc.

L'examen vaginal et la palpation combinée ne révèlent rien dans la région pelvienne. Par contre, on constate dans l'hypochondre droit, une tuméfaction que perçoit la malade et qui semble faire des progrès journaliers.

Au 15 décembre 1893, la situation paraît tout à fait nette. Il s'agit d'une tumeur dure, globuleuse et assez régulière, de la grosseur d'une forte tête d'enfant à terme, située dans l'hypochondre droit, immédiatement au-dessous du foie, auquel elle semble faire suite.

Cette tumeur est fixe de haut en bas, et légèrement mobile dans le sens transversal ; elle est douée d'une demi-sonorité très appréciable ; enfin, elle est séparée de la région pelvienne par une large zone de tissus sains, où l'examen ne révèle aucune lésion, aucun symptôme douloureux. Urines rares et très chargées ;

pas d'œdèmes, mais état général s'aggravant tous les jours.

Après plusieurs examens, je penche vers l'hypothèse d'un rein déplacé et kystique, en état de pyonéphrose, et je propose la néphrectomie transpéritonéale. On juge du désespoir de la malade et de son entourage.

Cette seconde laparotomie a eu lieu le 20 déc. 1893 (juste deux mois après la première), avec le concours des mêmes assistants. Longue incision longeant le bord externe du muscle gr. droit et au cours de laquelle l'artère épigastrique est divisée. A l'ouverture du ventre, on trouve l'épiploon très épaissi et adhérent d'une part à la paroi, de l'autre à une masse intérieure.

Après une décortication assez pénible, je finis par mettre à nu la tumeur. Celle-ci est constituée par une masse grisâtre, sanguinolente par places : son aspect et sa consistance rappellent ceux de la substance cérébrale. Elle englobe plusieurs anses intestinales, notamment deux, qui sont soudées à sa convexité et la masquent en partie ; à cette circonstance est due la faible sonorité qui avait fait pencher vers l'hypothèse d'une tumeur rénale.

Après examen direct, il est hors de doute que la tumeur est constituée par le mésentère extrêmement épaissi, comme charnu et dégénéré.

L'énucléation des anses intestinales a été des plus pénibles ; en deux endroits, j'ai dû isoler l'intestin des attaches mésentériques au moyen de sutures en chaînes. Ce procédé, bien que supprimant des apports vasculaires précieux, m'a paru moins dangereux et plus rapide que la résection pure et simple de tout l'intestin adhérent, et par la suite je n'ai pas eu à m'en repentir. Enfin, après avoir placé de proche en proche un grand nombre de ligatures, j'ai pu extraire par morceaux toutes les parties visibles de la tumeur, dont voici divers fragments, conservés dans l'alcool et considérablement réduits de volume.

D'autres fragments, non moins gros, ont été donnés pour être examinés de suite. De plusieurs examens différents, il résulte que la tumeur contenait de nombreux éléments sarcomateux. Vous pouvez, Messieurs, vous assurer de la chose sur les fragments ici présents et qui sont à votre disposition.

En raison de la nature des lésions et aussi des difficultés, des

longueurs opératoires, j'ai refermé le ventre sans grand espoir. Or, contre toute attente, la malade a guéri.

Les suites ont été encore plus bénignes que la première fois. Aujourd'hui, on ne retrouve plus traces de la tumeur. La malade a fait des progrès rapides, de sorte qu'aujourd'hui elle paraît tendre vers un complet rétablissement.

J'avouerai, Messieurs, que ce cas, outre l'erreur de diagnostic, qui est une chose assez commune, comporte pour moi de nombreuses incertitudes.

Tout d'abord, y a-t-il un rapport de cause à effet entre les deux ordres de lésions, ou bien le néoplasme en question était-il préexistant aux lésions purement inflammatoires qui avaient nécessité l'oophrectomie ? Y a-t-il eu une poussée imprimée au processus néoplasique par le fait du premier traumatisme ? etc., etc. Il est vrai que, depuis, j'ai pu m'assurer que la malade souffrait anciennement dans la région du creux épigastrique, qu'elle avait des digestions atroces et une constipation opiniâtre ; mais j'avais mis tous ces désordres sur le compte de lésions annexielles.

Au moment du premier examen, j'avais négligé d'explorer les régions supérieures du ventre, toute mon attention ayant été attirée du côté des organes pelviens. Il y a eu de ce côté insuffisance d'exploration, faute qui se commet du reste assez souvent. De même, au cours de la première intervention, je n'ai pas songé à promener la main dans les diverses zones de la cavité abdominale ; de sorte qu'on ne peut rien dire touchant la préexistence de la tumeur opérée secondairement.

Il serait désirable de savoir si, malgré les bonnes apparences actuelles, nous sommes sous le coup d'une récurrence plus ou moins prochaine, ou bien si nous ne pouvons raisonnablement espérer une guérison définitive. De ce chef, je crois qu'il est impossible de rien affirmer.

De même, on peut se demander quel est le sort de cet intestin, privé de la sorte et sur plusieurs points de ses moyens de nutrition ? Là était le vrai point noir, en ce qui concernait la conservation de l'organe et de sa fonction. Effectivement du 12<sup>e</sup> au 20<sup>e</sup> jour, nous avons eu deux crises très pénibles de coprostase, qu'il a fallu combattre par les moyens les plus énergiques. Aujourd'hui toutefois, la péristaltique intestinale paraît bien rétablie.

Pour finir, j'ajouterai que, pendant la deuxième laparotomie, j'ai exploré minutieusement et fait explorer par mes aides toute la région du petit bassin, siège de la première intervention. A ce niveau, le péritoine était partout réformé, lisse et uni, sans adhérences intestinales. Les ligaments larges réséqués formaient une sorte de relief mou et non enflammé. Les moignons des annexes étaient à peine appréciables ; le corps de l'utérus avait subi un notable retrait et était devenu très mobile ; enfin toutes les ligatures à la soie avaient disparu, y compris celles des cornes utérines. Ce fait contredit les auteurs qui attribuent à la résorption des fils de soie une durée beaucoup plus longue, de 6 mois à un an.

Je serais heureux, Messieurs, d'avoir votre sentiment sur ces diverses particularités et de vous fournir des explications complémentaires.

**Discussion.** M. CHAPUT. — Un des points intéressants de cette communication est relatif à la localisation exacte de la tumeur. Siégeait-elle dans le mésentère, dans l'épiploon, ou ailleurs ?

M. FRAISSE. — Dans le mésentère.

M. CHAPUT. — Sur quelle étendue l'intestin a-t-il été désin-séré ?

M. FRAISSE. — Sur une étendue de 8 à 10 cent.

M. CHAPUT. — Vous n'avez pas réuni le mésentère à l'intestin ?

M. FRAISSE. — Non.

M. CHAPUT. — Il est alors probable que l'intestin a contracté des adhérences, sans doute avec l'épiploon, d'où formation d'anastomoses vasculaires, qui ont été suffisantes pour assurer la nutrition.

L'extirpation de la tumeur a-t-elle été complète ?

M. FRAISSE. — Je pense avoir tout enlevé.

M. TREUB. — **Grossesse interstitielle et tubo-utérine droite.** — Laparotomie pratiquée trois semaines environ avant l'époque du terme. — Fœtus libre dans la cavité péritonéale. Amputation supra-vaginale de l'utérus. — Enfant meurt quelques jours après l'opération. — Mère guérie. — Le 23 septembre 1893 fut admise à



ma clinique Suzanne B., femme B. La malade, âgée de 34 ans, a eu 3 enfants, dont l'aîné a 13 ans, le cadet 3 ans et demi. Accouchements réguliers. Menstruation régulière, sans douleurs. Au mois de décembre 1892 la malade aurait eu un avortement d'environ 3 mois qui n'a occasionné rien de particulier. Après cet avortement elle a été réglée deux fois. Elle a vu la dernière fois au commencement de février et se croit enceinte depuis ce temps-là. Depuis le mois de juin elle se plaint de douleurs abdominales, surtout du côté gauche, que les mouvements du fœtus exagèrent particulièrement. Quelques jours avant son admission à la clinique, elle a commencé à perdre du sang par le vagin et en même temps les douleurs sont devenues si fortes qu'elle a fait venir son médecin. Celui-ci a appelé en consultation mon premier assistant, le docteur Doorman qui, ayant reconnu une grossesse extra-utérine, a fait transporter la malade à la clinique.

Le diagnostic, en effet, était clair. Dans la partie gauche de l'abdomen se trouvait le fœtus, non recouvert de la paroi utérine, comme on pouvait s'en convaincre par la palpation. La tête se trouvait sur l'aile iliaque gauche et le siège au-dessous du rebord costal. A droite on sentait un corps mou, montant jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse et qui me semblait ne pouvoir être que l'utérus considérablement agrandi. Bruits du cœur fœtal normaux. Il y a évidemment grossesse extra-utérine ; elle nécessitera une intervention opératoire. Puisque l'enfant est vivant, les dangers de l'opération sont exactement les mêmes, si je la fais tout de suite que si j'attends encore cinq semaines, pour que le fœtus soit à peu près à terme et ait plus de chances de survie. Donc, peu importe le diagnostic exact, il importe surtout de ne pas augmenter les chances d'une rupture de l'ovisac, qui paraissait plus ou moins imminente parce qu'il y avait de l'hémorragie depuis quelques jours. La conclusion à laquelle je m'arrêtai fut : laisser la femme dans le repos complet, ne pas y toucher, faire un seul examen plus complet vers la fin d'octobre, en faire profiter mes élèves pendant une leçon clinique et opérer la malade quelques jours plus tard, soit deux ou trois semaines avant la fin probable de la grossesse.

Pendant les semaines suivantes, la malade présentait des élévations irrégulières de la température accompagnées de diarrhées fréquentes. Par un traitement approprié, la fièvre et la diarrhée

furent guéries. Mais en outre elle se plaignait toujours des douleurs occasionnées dans le côté gauche du ventre par les mouvements du fœtus. Perte de sang insignifiante, mais permanente. L'un et l'autre fit que la femme qui avait déjà mauvaise mine à son entrée, dépérissait plutôt que son état général ne s'améliorait.

En arrivant à l'hôpital dans la matinée du 15 octobre, jour destiné à l'examen pendant la leçon clinique, j'appris que dans la nuit, la malade avait commencé à se plaindre d'autres douleurs, celles-ci intermittentes et lui faisant l'effet de douleurs du travail. Ces douleurs ne s'étaient calmées que très peu après une injection de 10 milligrammes de morphine.

Un nouvel examen sommaire m'apprit que l'enfant était encore vivant et ensuite que la tumeur droite s'était notablement accrue depuis les jours précédents.

Craignant qu'à la suite des contractions utérines, il ne se fit une hémorrhagie rétroplacentaire, qui ferait périr l'enfant, je résolus de faire immédiatement l'opération et de ne pas attendre le 19 octobre, jour fixé pour la laparotomie. La grandeur anormale de l'utérus faisant penser à la possibilité d'une complication de grossesse intra-utérine avec l'extra-utérine, je m'assurai d'abord, la femme étant endormie, que l'utérus était vide, ce que je fis en insinuant l'index jusqu'au-dessus de l'orifice interne. Par cet examen je pus en outre constater que la tumeur droite continuait le col utérin, était de forme ovoïde et se contractait sous la main qui la palpait. La grandeur de cette tumeur était un peu au-dessus de celle d'une tête d'enfant.

Préparation usuelle du champ opératoire, lavage du vagin avec une solution d'acide phénique au 20°, tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Incision médiane allant de la symphyse jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Arrivé sur le péritoine, j'y fais une petite ouverture au milieu de l'incision. Pas une goutte de liquide dans la cavité péritonéale. Au-dessus de l'ouverture se trouvent deux adhérences omentales qui sont libérées par le doigt, après quoi le péritoine est coupé jusqu'au bord supérieur de l'incision cutanée.

Vers le bas, le péritoine est épaissi par une forte membrane (ou plutôt pseudo-membrane fibrineuse, comme on le constata

plus tard) qui se laisse décoller facilement. Agrandissement de l'ouverture péritonéale jusqu'à la symphyse.

Les lèvres de la plaie étant écartées, on voit l'enfant qui se trouve absolument libre, sans enveloppe aucune, dans la cavité péritonéale. Je le retire par un genou qui se présente et le cordon coupé, après ligature faite, je le donne à un assistant. (L'enfant, légèrement étonné, fut ramené facilement par les moyens usuels et mis dans la couveuse.)

Puisqu'il n'y a pas d'hémorrhagie, je puis examiner le ventre à mon aise. D'abord il me faut libérer quelques adhérences omentales, qui se trouvent à la paroi abdominale antérieure et je résèque ensuite un grand morceau de l'épiploon épaissi et enflammé.

A droite de l'incision se trouve la tumeur diagnostiquée comme l'utérus. A la limite de ses parties antérieures et médianes, cette tumeur possède une ouverture, dont la grandeur est un peu au-dessous de celle d'une paume de main. Les bords de cette ouverture sont durs et nettement cicatriciels. La paroi latérale de ce trou est adhérente à la paroi abdominale. Ces adhérences sont facilement déchirées. Toute la face postérieure de la tumeur est également fixée par des adhérences, facilement déchirables, aux intestins qui se trouvent dans la moitié droite de l'abdomen et à la paroi abdominale droite.

Ces adhérences étant toutes déchirées à la main, on peut faire sortir la tumeur du ventre. Alors, je puis constater, d'abord que les annexes gauches, normales, mais recouvertes de quelques vieux coagula d'une couleur brun sale, s'insèrent à la place normale de l'utérus, mais qu'ils sont tournés absolument en bas; ensuite que la tumeur fait corps avec la corne utérine droite, tournée tout à fait en haut et qu'il n'existe pas de limite entre la tumeur et l'utérus; enfin qu'à la face latérale de la tumeur se trouve la partie externe de la trompe épaissie et située à la hauteur de la crête iliaque.

Il y avait donc une grossesse interstitielle ou tubo utérine rupturée. Toute la cavité de la partie interstitielle dilatée de la trompe était remplie par le placenta; à gauche l'ouverture était garnie d'une petite frange de membranes fœtales flottantes.

Le ligament large gauche est pris dans une ligature de soie et coupé latéralement de l'ovaire.

Pour le ligament large droit, étiré en haut comme je viens de le décrire, je dois faire deux ligatures. Ce ligament coupé, j'applique une ligature élastique sur le col de l'utérus et je fais l'amputation supravaginale de l'utérus.

J'enlève quelques vieux caillots qui se trouvent à la paroi abdominale droite à la place des adhérences et ensuite un morceau de la pseudo-membrane qui recouvre le péritoine pariétal antérieur.

Les intestins contre lesquels l'enfant s'était appuyé et spécialement le colon descendant présentaient une couleur sale jaune gris, comme s'ils avaient été enduits d'un mélange de vernis caséux et de méconium. Mais leur surface était lisse et luisante, comme à l'ordinaire et il ne s'y trouvait pas d'adhérences, soit entre les intestins, soit entre l'intestin et le péritoine pariétal.

Après iodoformisation des divers pédicules et du péritoine pariétal postérieur droit, le ventre est fermé par des sutures en fil de Florence et le pansement usuel est appliqué.

La guérison se fit sans encombre. Les premiers jours après l'opération il y eut un peu d'élévation de température vespérale (jusqu'à 38,2). Réunion de la plaie par première intention. Le 6 novembre la femme quitte la clinique.

L'enfant était petit. Sa longueur était de 41 centimètres et son poids de 1.700 grammes.

Tête : diamètre fronto-occipital 9 ; diamètre bipariétal 8 ; diamètre mento-occipital 10,8 centimètres.

Le premier jour, on essaya en vain de lui faire prendre le sein d'une autre accouchée du service. Le jour suivant, je lui fis donner le biberon (Soxhlet). Le 18 octobre, il vomit un peu après avoir bu et aspira une partie du lait rendu. Nonobstant que le contenu de la trachée fut immédiatement retiré par la succion à l'aide d'une sonde en gomme, la respiration resta faible et l'enfant mourut quelques heures plus tard, à peu près 50 heures après l'opération.

A l'utérus amputé j'ai pu constater que l'ovule s'était développé plutôt vers la trompe que vers l'utérus. C'est ce qui explique pourquoi l'hémorragie, à la suite de la rupture, n'a pas été bien forte. Pourtant il existe une différence notable entre l'épaisseur de la paroi utérine latérale, qui mesure 4 centimètres et celle de la paroi qui fait partie du sac rupturé, qui n'est que de 2 centi-

mètres. Je n'ai pas réussi à trouver une communication de la partie tubaire interstitielle dilatée ni avec la cavité utérine, ni avec la partie vide de la trompe. Enfin, on peut constater à la préparation que le sac rupturé continue presque sans déviation vers la droite la direction de l'utérus et que les annexes gauches se trouvent déplacées vers en bas.

Mon observation me paraît intéressante sous plusieurs rapports.

D'abord parce qu'elle contient un des rares, sinon le seul cas de guérison dans une grossesse interstitielle non douteuse. Certainement c'est le seul cas de survie après la rupture d'une grossesse interstitielle vers le péritoine.

Ensuite, elle donne un appui à l'opinion de Ruge, qui voit dans la rotation du fond de l'utérus vers la trompe normale un moyen de diagnostic entre la grossesse interstitielle et la grossesse dans une corne utérine rudimentaire. Chez mon opérée, en effet, le fond de l'utérus était absolument dans l'axe vertical du corps et, comme je viens de le dire, les annexes gauches se trouvaient tout à fait en bas.

Pour ce qui est du diagnostic clinique, j'aurais peut-être pu le faire plus exactement si la femme, peu intelligente et plus ou moins adonnée à la boisson, m'avait dit avant l'opération ce que j'ai réussi à apprendre par la suite. A ma demande répétée, si elle ne se rappelait pas que les douleurs s'étaient produites brusquement au cours de la grossesse, elle m'a répondu qu'en effet, le jour de la Pentecôte (le 21 mai) elle fut prise, sans cause aucune et pendant qu'elle était tranquillement assise, de fortes douleurs dans le ventre. A cause de ces douleurs elle a dû garder le lit pendant sept jours et depuis ce temps, elles n'ont jamais cessé tout à fait.

Si j'avais su cela plus tôt, j'aurais évidemment pensé à la possibilité, sinon à la probabilité d'une rupture. J'admets même que le palper combiné eût pu m'apprendre, eu égard au symptôme de Ruge, qu'il y avait probablement grossesse interstitielle. Mais ce diagnostic posé, je n'aurais pas agi autrement que je ne l'ai fait.

D'autre part, il faut admettre qu'un examen exact, pour lequel la chloroformisation eut été inévitable, aurait eu beaucoup de chances de décoller le placenta, soit par le palper lui-même,

soit par les vomissements qui pourraient se produire par le chloroforme.

Et le décollement du placenta peut, dans ce cas, se traduire par mort certaine pour l'enfant, mort probable pour la mère.

Donc, puisqu'il ne s'agit pas de faire montre de virtuosité en matière de diagnostic, mais bien de tâcher de conserver la vie à nos malades, il me semble que ma conduite a été correcte.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine posé, la laparotomie primitive arrêtée en principe, je n'avais qu'à attendre le moment qui donnerait les meilleures chances tant pour la femme que pour l'enfant. Si je n'ai réussi qu'à faire survivre la femme, cela ne tient qu'au faible développement qu'avait pris le fœtus dans les conditions anormales où il se trouvait.

**M. BOISSARD. — Nouvelle technique pour provoquer l'accouchement prématuré.** — Notre intention n'est pas de faire ici la critique complète des différents procédés employés aujourd'hui pour provoquer l'accouchement, procédés justiciables, à notre avis, de deux reproches fondamentaux, à savoir la lenteur ou la rapidité, suivant qu'on s'adresse à telle ou telle instrumentation ; la lenteur peut aller jusqu'à l'inefficacité, la rapidité peut faire courir des dangers au fœtus, car l'innocuité pour la mère, grâce à l'emploi judicieux et sévère de la méthode antiseptique est aujourd'hui un fait acquis.

Posant en principe qu'à part certaines indications rares et restreintes, point n'est besoin d'aller très vite, nous avons cherché avant tout à provoquer et à imiter le travail de la nature en faisant passer les parties maternelles (col, orifice et segment supérieur), par les modifications physiologiques qu'on observe dans l'accouchement spontané : c'est donc moins un travail forcé, un accouchement de dedans en dehors que nous cherchons à produire qu'une *mise en marche des contractions utérines douloureuses, une mise en train du travail à jour fixé* pour amener dans un temps normal et régulier la terminaison de l'accouchement.

Parmi les procédés qui ont été ces temps derniers les plus employés par l'école de Paris, pour provoquer l'accouchement, nous signalerons les ballons, la sonde ou procédé de Krause ayant perdu un peu de sa faveur depuis la création de ces ballons.

Nous pensons, avec beaucoup de nos collègues, que les ballons volumineux (ballon du D<sup>r</sup> Champetier par exemple) causent, tant par leur forme que par leur grosseur, des accidents trop fréquents pour le fœtus, puisque la mortalité infantile est de 62 %, avec ce procédé ; ces accidents sont inhérents au mode d'action même de ballon, à la rapidité de ses effets qui produisent presque fatalement une mutation ou au moins un déplacement du fœtus et occasionnent très fréquemment (1/4) des procidences des membres et du cordon qui sont trop souvent cause de la mort du fœtus.

Rien ne sert de courir, en effet, dans un cas de dystocie pelvienne, par exemple, nécessitant l'accouchement provoqué ; mieux vaut voir le travail durer 5 à 6 heures de plus et extraire un enfant vivant qui est le but, ne l'oublions pas, de l'accouchement prématuré, car en cas de mort du fœtus, c'est à peu près comme si on avait provoqué l'avortement.

Le Prof. Tarnier, avec son procédé, avec l'emploi de son ballon, va beaucoup plus lentement, aussi ses résultats sont-ils meilleurs, puisque la mortalité générale infantile n'est plus que de 18 % ; par contre, le procédé à la sonde va beaucoup trop lentement, aussi donne-t-il une mortalité de 15 % pendant le travail et de 22 % après la naissance, soit un total de 37 %.

Ainsi, rapidité trop considérable d'un côté, lenteur exagérée de l'autre, tels sont les deux gros griefs que soulèvent ces différentes méthodes.

Nous ajouterons de plus que, par son volume, le ballon du D<sup>r</sup> Champetier n'est applicable que chez les multipares et que l'appareil du Prof. Tarnier est compliqué et difficile à manier.

Ayant cherché une instrumentation d'un emploi commode, nous avons fait construire par M. Mathieu un appareil facilement aseptique, très facile à introduire dans la cavité utérine et dont l'efficacité découle de nos observations.

#### *Description de notre instrumentation.*

Notre arsenal pour provoquer l'accouchement se compose de deux instruments particuliers et différents que nous employons isolément ou successivement suivant les cas, ainsi que nous le dirons plus loin, tout en rappelant que nous cherchons moins à aller vite qu'à provoquer la mise en train des contractions uté-

rines douloureuses ; nous donnerons du reste nos résultats et la durée moyenne des accouchements que nous avons provoqués par notre procédé.

Chez les primipares nous employons le procédé suivant :

L'instrumentation se compose d'un tube creux en aluminium du poids de quelques grammes et d'une longueur de 25 centimètres ; ce tube va en s'effilant à son extrémité qui est taillée en bec de flûte ; c'est la portion qui sera introduite dans la cavité utérine ; sa circonférence extérieure est de 2 cent. 1/2, ce qui permet aisément son introduction ; elle est légèrement courbe et porte une sorte d'anneau de jonc à une distance de 6 cent., qui donne la mesure de l'introduction du tube dans le canal cervical lorsque en effet cette ligne de démarcation est en rapport avec l'orifice externe du col, la portion taillée en bec de flûte est dans la cavité utérine ; dans ce *tube creux conducteur*, on loge un tube de caoutchouc terminé par une extrémité ampullaire de forme ovoïde ; c'est la portion renflée *et amincie* du tube, ce qui veut dire éminemment dilatable.

Pour se servir de l'appareil, on introduit le tube de caoutchouc *vaseliné* dans le tube creux en aluminium de façon à ce que l'extrémité ampullaire en caoutchouc rentre et pénètre dans la portion taillée en bec de flûte, tout en dépassant ses bords de quelques millimètres ; ceci fait, saisissant de la main gauche ce tube en aluminium ainsi monté et chargé, on le conduit sur l'index de la main droite introduite dans le vagin et en rapport avec l'orifice du museau de tanche ; on fait alors pénétrer doucement la portion en bec de flûte dans le canal cervical jusqu'à ce que la ligne de démarcation arrive au niveau de l'orifice externe ; non seulement chez toutes les primipares nous avons pu introduire notre tube dans le canal cervical, mais chez aucune d'elle, nous n'avons rencontré de difficultés ou produit d'accident, à part un cas de rupture des membranes, qui, on le sait, peut arriver avec n'importe quel instrument.

Ceci fait, on injecte dans le tube de caoutchouc, au moyen d'une seringue du liquide : sous l'influence de l'injection, on voit alors le phénomène suivant se produire : la poche de caoutchouc aplatie et contenue dans la portion taillée en bec de flûte du tube d'aluminium *tend à sortir en se dilatant* : cette portion de caoutchouc, moins résistante et mince, cherche, sous l'influence de la



pression du liquide, à se déloger, et va être en quelque sorte *luxée, énuclée* ; bientôt, en effet, trouvant la moindre résistance du côté de la cavité utérine, elle *sort dilatée* du tube, et se trouve placée d'elle-même au-dessus de l'orifice interne ; on retire alors le tube d'aluminium, et le ballon *gonflé reste en place* ; l'opération est terminée, et cela *sans ficelle*, comme dans l'appareil du Prof. Tarnier, notre appareil est tout de suite prêt, tout de suite monté.

Les ballons que nous employons étant capables de supporter une forte distension, nous injectons 170 gr. de liquide, ce qui leur donne le volume d'une orange de moyenne grosseur, la circonférence de notre ballon ainsi distendu mesure 20 cent., soit un diamètre de 7 cent., la grandeur d'une petite paume de main ; on comprend que, dans ces conditions, lorsque le ballon tombe dans le vagin, le travail continue.

Pourtant, si pour une cause ou pour une autre, le travail se ralentissait, ou s'il survenait une indication d'aller plus vite, on pourrait, comme nous l'avons fait plusieurs fois, faire succéder à l'emploi du premier ballon, un ballon d'un autre modèle, en tissu de caoutchouc inextensible et plus volumineux ; c'est, pour le dire en passant, le ballon que nous employons de préférence chez les multipares, où son introduction est toujours possible.

Ce second ballon en caoutchouc inextensible mesure à sa grande circonférence 32 centimètres ; son diamètre est de 10 centimètres, de sorte qu'après son expulsion il est possible de terminer l'accouchement, plié, allongé et maintenu dans les mors de la pince au moment de son introduction, ses dimensions les plus grandes ne mesurent que 6 centimètres de circonférence.

Les caractères qui distinguent surtout notre ballon sont sa *forme* et son volume : il est, en effet, *plat*, excavé sur sa face supérieure qui représente assez bien un *fond d'artichaut* : sa capacité est d'environ 230 gr. ; grâce à un système d'attache au fond du ballon, sa forme excavée est conservée pendant tout le temps de son séjour dans la cavité utérine ; par sa forme aplatie, nous éloignons toute chance de procidence, et surtout nous ne nous exposons pas à déplacer et à chasser la partie fœtale qui se présente.

### Résultats.

Depuis deux ans que nous avons commencé à employer notre technique opératoire nous avons eu occasion de nous servir de

notre instrumentation dans 12 cas, dont 3 en ville, ayant tous trait à des bassins rétrécis, désirant faire abstraction des 6 cas où nous avons eu recours à notre ballon pour des hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta et pour des rétentions placentaires, suite d'avortements.

Pour ne pas allonger outre mesure cette communication, nous ne croyons pas nécessaire de rapporter tout au long ces 12 observations, désirant seulement relever les faits les plus saillants qui ressortent de notre manière de faire que nous sommes bien décidés à continuer, pensant, en effet, pour le dire en passant, que pendant la grossesse la prépondérance doit rester à l'accouchement prématuré artificiel sur la symphyséotomie que nous considérons comme une opération qui s'impose pendant le travail pour éviter de faire la craniotomie.

Dans nos 12 cas, non seulement la mortalité maternelle a été nulle, mais nous n'avons eu à noter aucun accident, aucune complication ; quant aux enfants, nous avons eu 11 vivants sur 12 ; dans le cas où nous avons extrait un enfant mort, il s'agissait d'un bassin rétréci d'avant en arrière avec aplatissement très marqué du côté gauche ; comme l'occiput était tourné à droite nous avons appliqué, à la dilatation complète, le forceps, mais en introduisant profondément notre main pour guider et placer la première branche nous avons constaté la présence du cordon animé de faibles battements, ce qui nous détermina à faire la version ; l'enfant fut extrait mort, et ne put être ranimé.

Nous faisons remarquer que c'est en introduisant notre main pour appliquer le forceps que la procidence du cordon se produisit.

Dans aucun des cas où nous avons employé nos ballons il ne se produisit de mutation du fœtus ou de rétropulsion de la partie fœtale qui était toujours l'extrémité céphalique, donnant la préférence dans les cas de bassin rétrécis et symétriques au forceps sur la version.

En résumé, absence d'accidents et de complications du côté de la mère, absence de procidences, certitude de ne pas éloigner ni déplacer la partie fœtale qui se présente, simplicité de l'instrumentation, résultats constants, tels sont les avantages que nous avons retirés de l'emploi de nos ballons.

Si nous comparons, au point de vue de la mortalité infantile,

nos résultats avec ceux obtenus par les autres instrumentations, nous arrivons aux conclusions suivantes :

**Mortalité infantile** avec le ballon du Dr Champetier 62 % (33 cas).

— avec la sonde de Krause 37 % (118 cas).

— avec le ballon du Dr Tarnier 18 % (44 cas).

— avec les ballons du Dr Bomard 8 % (12 cas).

Nous arrivons enfin à la *durée* de l'accouchement provoqué à l'aide de nos ballons ; d'une façon générale nous tenons à répéter que désirant en quelque sorte imiter la nature, et ne voulant obtenir que la *mise en marche* des contractions utérines douloureuses, nous ne cherchons pas à aller vite ; nous voulons, en effet, donner au col le temps de s'effacer, ne désirant nullement produire la dilatation forcée, l'accouchement forcé de dedans en dehors ; aussi restions-nous stupéfait devant la manière de faire de Durhssen (1), qui emploie un colpeurynter et produit l'accouchement accéléré ; il dilate son colpeurynter en injectant 1 litre de liquide, en ayant soin de rompre prématurément les membranes ; puis il exerce des tractions continues et permanentes ; le temps le plus court pour terminer l'accouchement a été obtenu après 2 heures de tractions, le temps le plus long, après 6 heures ; il est vrai qu'il fait souvent des incisions sur le col.

Pour notre part, nous allons beaucoup plus lentement, et, nous rappelant que chez la primipare la durée moyenne de l'accouchement spontané est de 12 à 15 heures, nous ne pensons pas, en l'absence de tout accident, qu'il faille se presser outre mesure ; sur nos 12 cas, nous n'avons jamais, même avec notre gros ballon et chez la multipare obtenu la terminaison de l'accouchement en moins de 6 heures (1 seule fois) ; en général, la durée moyenne de l'accouchement a été de 9 à 10 heures ; par contre, chez la primipare, la durée a varié selon que l'on se sert exclusivement du petit ballon, ou qu'on fait suivre son introduction de celle du ballon à fond d'artichaut ; dans le premier cas, la durée moyenne est à peu près celle de l'accouchement normal et physiologique, 12 à 15 heures, quoique dans un cas, elle ait été de 37 heures : dans le 2<sup>me</sup> cas, la durée moyenne de l'accouchement est impossible à préciser, parce que dans tous les cas, sitôt après l'extraction ou l'expulsion du ballon à fond d'artichaut, il

(1) *Centralblatt für Gyn.*, n° 20, 10 juin 93.

a été procédé à la terminaison artificielle de l'accouchement.

Nous ne pouvons qu'exprimer le désir de voir nos collègues expérimenter notre instrumentation, persuadé que leurs résultats ne feront que confirmer ceux que nous avons obtenus.

Nous ne terminerons point ce sujet sans nous demander si un jour, grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, qui donnent à la mère une sécurité absolue, si, en possession d'une instrumentation d'une innocuité constante et complète pour le fœtus, nous ne serons pas autorisés à provoquer artificiellement la mise en train du travail chez la parturiente dont on conduira l'accouchement *chirurgicalement à jour fixe* et déterminé, en la faisant profiter plus largement qu'aujourd'hui de l'anesthésie.

Nous nous demandons si un jour on n'arrivera pas, chez la femme *régulièrement réglée, chez celle-là seulement*, à produire la mise en marche de la contractilité utérine, lorsque la parturiente aura atteint la neuvième époque correspondante à la dernière apparition des règles.

**M. OLIVIER. — Rapport sur les titres de M. Boissard, candidat au titre de membre titulaire.** — (Commission : MM. BUDIN, OLIVIER rapporteur.) — Messieurs, vous avez décidé que les accoucheurs des hôpitaux qui désireraient faire partie de notre Société seraient dispensés de lire un mémoire et qu'il leur suffirait de faire acte de candidature. M. Boissard ayant rempli cette formalité et étant accoucheur des hôpitaux, j'ai l'honneur de vous proposer son admission comme membre titulaire.

**M. OLIVIER. — Rapport sur les titres et travaux de M. Berlin, candidat au titre de membre correspondant national.** — (Commission : MM. AUARD, OLIVIER, rapporteur.) — Messieurs, à l'appui de sa candidature, M. le Dr Berlin nous a adressé la liste de ses travaux et nous a fait présenter par notre collègue M. Auward trois instruments dans la séance de décembre 1894. Les travaux de M. Berlin sont très nombreux et il me serait bien difficile de vous en donner même une idée, car je n'en possède que quelques-uns, les plus importants, il est vrai ; mais ceux-là vous les connaissez aussi bien que moi, c'est l'important mémoire sur l'*opération césarienne*, auquel l'Académie a accordé le prix Capuron ; le très intéressant travail sur le

*curettage de l'utérus* publié chez Doin en 1892 ; c'est enfin le *guide de diagnostic en gynécologie* à l'usage des praticiens, publié à la Société d'éditions scientifiques en 1893. Je crois donc inutile de vous les analyser ; ils suffisent amplement à justifier la demande de notre confrère, le Dr Berlin, et c'est avec grand plaisir que je vous propose de le nommer membre correspondant national.

M. Paul PETIT. — **Rapport sur un travail de M. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker, ayant pour objet : « l'Hygiène et la prophylaxie des affections utérines et périutérines. »** (Commission : MM. PORAK, PICHEVIN, rapporteur.) — Dans la séance du mois dernier, M. Pichevin, chef des travaux gynécologiques à l'hôpital Necker, nous a lu un important mémoire sur « l'hygiène et la prophylaxie des inflammations génitales chez la femme ». Tout en me déclarant très heureux d'être appelé à la critique, je regrette que cette tâche n'ait pas été confiée à notre collègue M. Le Pileur qui s'en serait certainement mieux acquitté, étant donné que ses opinions et ses travaux sont cités à plusieurs reprises par l'auteur.

Attaquant son sujet dans ses grandes lignes, M. Pichevin s'attache tout d'abord à en faire ressortir l'importance sociale. Il débute, en effet, par un émouvant tableau des désastres qu'entraînent après elles, dans leur ensemble, les inflammations génitales de la femme, et pour la malade elle-même, et pour son entourage : foyer désert, ménage sans direction, enfants abandonnés, misère succédant à l'aisance, épouses actives devenant d'éternelles blessées, voire même avec le secours de la chirurgie, quand elles ne succombent pas à son intervention. « Au point de vue utilitaire, dit-il, c'est une perte incalculable de capitaux. »

S'arrêtant, avec plus de complaisance, sur la question de stérilité, il se demande si, à côté du malthusianisme, invoqué comme la cause principale de la dépopulation croissante de la France, il ne faut pas faire encore une part très large, malgré les progrès accomplis, à l'infécondité acquise. « Il est à craindre », nous dit-il, « que si l'on s'entête à lutter uniquement contre un mal qui a ses racines dans l'égoïsme humain, on n'arrive à aucun résultat pratique », mais, en ce qui concerne la prophylaxie

laxie des infections génitales, il reste encore beaucoup à obtenir.

Il importerait avant tout de bien convaincre médecins et clientes des méfaits de la blennorrhagie et de sa persistance habituelle en des points déterminés, de la fréquence des infections atténuées à la suite d'accouchements en apparence aseptiques, de l'importance des toilettes vulvaires et même vaginales chez les jeunes filles.

« La Blennorrhagie », d'après M. Pichevin, « est encore traitée avec une douceur, une tolérance et une compassion qui ne peuvent plus trouver d'excuses dans les réminiscences personnelles », et pourtant, tout en réclamant une répression plus sévère de la provocation dans la rue, dans les brasseries, les bals publics, les débits de vin et la surveillance de la prostitution clandestine, « fût-elle dorée ».... tout en regrettant que l'homme, assez misérable pour communiquer la chaude-pisse à sa nouvelle épouse ne puisse guère tomber sous le coup de la loi, l'auteur réclame pour les femmes soumises à la visite et reconnues malades un peu moins de sévérité, au cours de leur internement. Il cite, à ce sujet, d'intéressants passages d'un travail de notre collègue, M. Le Pileur, desquels il apprend que c'est en s'adressant à la raison des femmes qu'on enferme, en les traitant doncement et non en cherchant à les frapper de terreur qu'on arrivera à les diriger facilement sur l'hôpital et à leur y faire subir les soins voulus.

Il n'y a pas là seulement, à notre point de vue, un but à atteindre, mais une raison de justice et d'humanité. Le régime auquel sont soumises les prostituées de Saint-Lazare est en effet celui de véritables prisonnières ; et, quand on a parcouru les sombres couloirs de cet établissement, coupés de portes aux lourdes serrures, quand on a été initié au fonctionnement de la canule vaginale « omnibus » et aux autres pratiques du même genre, quand on a visité ce parloir en tout semblable à celui des condamnés à mort, on comprend que les pensionnaires, voire même celles qui le sont pour de simples raisons d'hygiène, n'aient point envie de prolonger leur séjour. Mais déjà, grâce au zèle et à la persévérance des médecins qui les soignent, certaines réformes ont eu lieu et nous ne doutons pas que nos confrères n'arrivent à changer complètement le régime et l'aspect même de cette sinistre infirmerie.

M. Pichevin dénonce la répugnance qu'éprouvent ordinaire-

ment les mères à diriger leurs filles dans les soins de propreté génitale et exécute une charge à fond de train contre une pudeur aussi favorable à la pullulation des micro-organismes. Il y a là quelques pages remplies de bonne humeur et de conviction.

L'auteur termine en réclamant des facilités spéciales de traitement pour les femmes de la classe laborieuse, mariées ou vivant dans des conditions irrégulières sans relever de la prostitution. Les hôpitaux ne peuvent guère recevoir que les cas graves. D'autre part, si l'on a prodigué les installations luxueuses à la gynécologie opératoire, les soins gynécologiques ne sont encore donnés aux malades externes que dans un très petit nombre de services de Paris. On rencontrera toujours, du reste, beaucoup de difficultés dans l'organisation, à l'hôpital, d'une façon durable et convenable, de ces séances de pansement, car le personnel médical et les malades elles-mêmes auront toujours grand'peine à leur consacrer le temps voulu, surtout le matin. Il ne faut pourtant pas compter sur l'exécution, à domicile, des conseils donnés, à l'hôpital, dans une consultation hâtive ; les malades sont du reste incapables, dans la grande majorité des cas, de se donner les soins voulus. M. Pichevin conclut en revenant sur la demande, déjà formulée par M. Le Pileur, de la création, dans chaque mairie, d'un cabinet médical spécial où les femmes pourraient recevoir des soins sans avoir à s'éloigner trop de chez elles.

Je ne puis qu'accepter cette conclusion, en faisant observer, toutefois, qu'il faudrait réglementer de telle sorte les admissions à ces consultations gratuites et non obligatoires, qu'une institution fondée dans le but de venir surtout en aide aux mères de famille peu fortunées, ne pût tourner à l'unique profit, soit de la prostitution clandestine, beaucoup plus à sa place dans Saint-Lazare perfectionné, soit de ces bourgeoises, d'un égoïsme fin de siècle, qui trop souvent prennent déjà à l'hôpital la place des pauvres.

Messieurs, vous saurez gré à M. Pichevin d'entrer en relation avec vous par ces sages propositions d'hygiène prophylactique, alors que sa pratique personnelle et ses attaches scientifiques lui permettaient de vous captiver, plus facilement peut-être, par l'exposé ou la critique d'une opération nouvelle ou à l'ordre du jour. En cela, du reste, vous ne perdrez rien pour attendre, si, comme je le crois, vous tenez à reconnaître ses nombreux tra-

vaux en gynécologie en l'admettant au nombre de vos membres titulaires.

Je citerai, particulièrement, pour appuyer sa candidature, les publications suivantes : Des abus de la castration chez la femme. Thèse 1890, chez Steinheil. Dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* : Enucléation des myomes utérins par la voie abdominale (1889). — Du sublimé en obstétrique (1890). — Accident causé par une laminaire : perforation incomplète de la paroi recto vaginale (1891). — Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine (1891). — Epithélioma primitif du corps utérin et chancre du col (1892). — Tolérance de l'utérus pour les corps étrangers aseptiques (1892). — Endométrite et pyosalpingite. Dilatation et curage. Péritonite. Laparotomie. Mort (1892). — Dans la *Médecine moderne* : Du curage de la matrice dans le traitement des fibromes utérins (1892). — Traitement des névralgies pelviennes (1892). — Volatilisation du pédicule extra-péritonéal dans l'hystérectomie abdominale pour corps fibreux (1891). — Dans la *Gazette des hôpitaux* : Etude sur l'école de Vienne (cette étude emprunte un grand intérêt d'actualité à la mort toute récente de Billroth) (1888). — Traitement chirurgical de l'endométrite chronique (1890). — Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibromyomes utérins (id.) — Du curage de l'utérus (id.) — Curage explorateur de l'utérus (1891). — Indication opératoire dans deux cas de cancer utérin (1891). — A propos de la castration utérine (1891). — Présentation à notre société de divers instruments : Sonde intra-utérine de Doléris modifiée. Appareil à irrigation continue pour les opérations vaginales et utérines. Dilatation intra-utérine, etc., etc.

En insérant dans vos Bulletins le mémoire dont je viens de faire une trop rapide analyse, vous donnerez un gage à une bonne cause défendue avec grand talent, et nous ferez oublier pour une heure les excès de la médecine opératoire et ses statistiques sans mortalité, au profit des légitimes préoccupations de la médecine traditionnelle.

**M. PICHEVIN. — Hygiène et prophylaxie des affections utérines et péri-utérines.** — Depuis quelques années, l'étude des maladies des femmes a pris une extension justifiée par l'ex-



trême fréquence de ces affections, par leur gravité mal appréciée jusqu'ici, et par l'excellence des résultats d'une thérapeutique médico-chirurgicale bien comprise.

Il ne sera question, dans ce mémoire, que des maladies inflammatoires qui atteignent les organes génitaux externes, l'utérus, les trompes, les ovaires et les tissus péri-utérins (1).

Ces affections frappent le plus souvent des femmes jeunes, fortes et vigoureuses, ayant joui jusque-là d'une santé parfaite, quelques-unes mères de famille ou soutiens de vieux parents.

L'incapacité de travail est tôt ou tard le lot échu à ces malheureuses. La misère s'étend sur leur entourage. L'hôpital est l'asile qui abrite pendant un temps éphémère l'infortune, la douleur et les angoisses les plus cruelles. Heureuses les femmes qui sortent de là complètement guéries ! Les unes sont emportées par les progrès de la maladie ; d'autres meurent des suites d'une opération que leur état précaire a nécessitée ; quelques-unes restent d'éternelles blessées, des infirmes irrémédiables, des épouses définitivement stériles, végétant à la charge de l'Assistance publique.

On devine les résultats : le foyer désert, le ménage sans direction, les enfants abandonnés, la misère, les infirmités, la mort, les surcharges budgétaires. . . .

Au point de vue utilitaire, c'est une perte incalculable de capitaux : Non seulement ces malades sont des êtres improductifs, mais ils deviennent pour la société des causes incessantes de dépenses.

Ce n'est pas tout. Les femmes, frappées aux sources de la vie génitale, sont inutiles au point de vue de la reproduction de l'espèce. L'infécondité, alors même qu'elle se cache sous les apparences de la santé la plus florissante, constitue un danger pour la race. En outre, ces femmes qui souffrent à peine, au début de leur maladie, sont non seulement stériles, mais elles peuvent être les agents de propagation d'une maladie contagieuse grave, malgré ses allures bénignes et sa renommée plus cuisante que redoutable.

Les femmes les plus honnêtes, les épouses les plus fidèles sont exposées à ces affections. Beaucoup d'entre elles contractent la maladie dans l'accomplissement des fonctions les plus hautes

(1) Nous ne parlerons ni de la syphilis, ni de la tuberculose.

dévolues au sexe féminin. Les autres sont d'inconscientes victimes de l'ignorance ou de l'inconduite maritale. A ces titres divers ces femmes ont droit à notre sollicitude.

Une fois constituée, l'affection utérine ou tubo-ovarienne, quand elle permet encore la conception, prédispose aux avortements et à leurs suites si périlleuses. La mère se trouve, de ce fait, exposée aux affections puerpérales et à des complications nouvelles du côté des annexes. La mort en est quelquefois la conséquence. Dans d'autres cas la vie est sauvée, mais une infirmité définitive et douloureuse est acquise.

L'enfant qui naît dans ces conditions est menacé d'ophthalmie purulente.

Ce tableau n'est pas chargé volontairement d'ombres épaisses et effrayantes. Il n'est que la reproduction fidèle de la réalité.

## II

A maintes reprises des voix autorisées ont dénoncé le danger qui menace la race française. Tandis que les peuples limitrophes augmentent sans cesse en nombre, notre population décroît avec une inquiétante rapidité. En France, la natalité est inférieure à celle de tous les peuples européens. Le nombre des naissances qui était en 1889 de 880.579 et s'était abaissé en 1890 jusqu'à 838.059 est remonté en 1891 à 866.377. Malgré cette légère reprise, le taux absolu moyen de la natalité pour l'ensemble de la France est malheureusement d'une faiblesse excessive. En 1891, quoique la situation fût meilleure que celle de l'année précédente, l'excédent des décès sur les naissances a été de 10.505 unités. Il y a eu en moyenne 989 naissances sur 1000 décès. Si cet état se perpétue, la race française disparaîtra, submergée par le flot croissant des peuples germaniques.

Le recensement de 1886 a démontré que sur 10.425.321 familles françaises 2.073.205 n'avaient pas d'enfant, 2.542.611 qu'un enfant et 2.265.317 avaient 2 enfants. Sur 100 familles, 20 sont privées de toute progéniture. Les deux tiers des ménages n'ont que deux enfants au maximum.

Des efforts sérieux ont été faits pour remédier à une situation qui est faite pour inspirer des inquiétudes.

La loi Roussel sur la protection des nouveau-nés a permis de

diminuer la mortalité des enfants en bas âge. L'application plus stricte des ordonnances sur l'hygiène publique, la déclaration des affections épidémiques, la ligue contre les affections contagieuses préserveront la vie d'un assez grand nombre d'individus. Mais quand bien même ces mesures donneraient tout ce qu'on est en droit d'en espérer, on n'aurait pas trouvé la solution du problème social qui se pose à l'examen des économistes.

Le mal réside dans l'insuffisance de l'accroissement de la population. Quelle est la cause de cette pénurie d'enfants ?

On dit et on répète à satiété que l'abaissement du chiffre des naissances est le résultat de l'application des principes malthusiens. Sans doute, il entre une grande part de vérité dans cette allégation. Les ménages n'ont que trop de tendance à lutter systématiquement contre la fécondité et à limiter le nombre de leurs enfants. Ce mal sévit avec plus d'intensité en France que dans les autres Etats européens. Il est, incontestablement un des facteurs puissants de notre dépopulation. Mais le malthusianisme n'est pas l'unique élément de l'insuffisance des naissances.

Les esprits ont été tellement frappés par la restriction volontaire apportée à la procréation qu'on a négligé un des côtés importants du problème.

Il est à craindre que si l'on s'entête à lutter uniquement contre un mal qui a ses racines dans l'égoïsme humain, on n'arrive à aucun résultat pratique. Les législateurs pourront décréter la procréation obligatoire, la naissance gratuite, des récompenses pour les familles nombreuses, des peines contre les ménages stériles, toutes ces mesures, en supposant même qu'elles eussent une sanction, n'augmenteraient pas d'une unité le chiffre des naissances.

Mais à côté des familles vraiment stériles, il y a un grand nombre de ménages inféconds. A qui fera-t-on croire que sur 10.425.321 familles il en existe 2.073.205 qui n'ont aucune progéniture parce qu'elles le veulent bien. Dans les 2) pour 100 de ménages stériles, il faut certainement faire entrer un grand nombre de ménages qui ne peuvent pas avoir d'enfant, malgré tout le désir des conjoints.

D'après les travaux les plus récents, la stérilité serait imputable au mari dans 40 p. 100 des cas. La femme serait fautive au moins dans 60 0/0 des cas.

Quelles sont donc les causes de la stérilité de la femme !

Le vaginisme, l'aménorrhée, l'oblitération du col, les tumeurs fibreuses, les polypes, les déviations utérines doivent être cités. Ces états morbides curables soit par les moyens chirurgicaux, soit par une thérapeutique purement médicale n'entrent en jeu que dans un nombre restreint de cas.

Ce qui domine, au contraire, l'étiologie de la stérilité de la femme, c'est l'infection de la matrice, des trompes et des ovaires par des agents pathogènes venus de l'extérieur.

« Plus on étudie — écrit récemment Sinéty — cette question de l'infécondité des mariages et plus on arrive à se convaincre que, lorsque c'est la femme qui est en cause, la stérilité remonte aux premiers temps du mariage et à une atteinte plus ou moins légère de pelvi-péritonite consécutive à un avortement précoce passé inaperçu ou à une blennorrhagie ancienne communiquée, inconsciemment, par le mari à sa nouvelle épouse. »

Pour un grand nombre de gynécologistes, la blennorrhagie, la vulgaire chaude-pisse, est la source quasi-universelle des affections inflammatoires de la matrice, des trompes, des ovaires et du péritoine pelvien. Il ne s'agit pas, dans la majorité des cas, de la blennorrhagie aiguë, mais d'une blennorrhée insidieuse, discrète, non douloureuse, de la goutte militaire matutinale qui se transmet subrepticement par le canal marital à la jeune femme et qui évolue plus ou moins sournoisement chez la nouvelle épouse en produisant tantôt une fausse couche, tantôt des complications du côté de la matrice et des tissus péri-utérins.

C'est le moment de signaler l'accouchement et surtout l'avortement dans l'énumération des causes de ces affections.

Il est indéniable que la fausse couche et l'accouchement n'engendrent que trop souvent une iliade de maux dans l'appareil génital.

Les spécialistes qui restreignent le rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie des métrites professent que l'infection utérine et tubaire est due dans la très grande majorité des cas à l'infection puerpérale.

La discussion ne porte donc que sur le degré de fréquence des deux espèces d'infection qui président à la genèse de la presque totalité des métrites et des salpingo-ovarites.

Au point de vue pratique, il est donc nécessaire de combattre

sérieusement la blennorrhagie et de traiter avec le plus grand soin les femmes nouvellement accouchées ou ayant eu une fausse couche.

..

La blennorrhagie joue un rôle considérable dans la genèse des maladies des femmes.

Cette affection est en apparence si légère chez l'homme qu'elle se termine souvent par des plaisanteries et par des chansons, alors même qu'elle a fait couler des larmes cuisantes au début. Cependant, des complications plus ou moins graves peuvent survenir de temps à autre. Elles sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les énumérer.

Mais l'influence spéciale de la blennorrhagie sur les organes génitaux internes de la femme est à peine soupçonnée. Beaucoup de médecins ignorent le rôle dévolu aux gonocoques dans l'étiologie des affections utérines et péri-utérines.

Si la chaude-pisse est coupable de tels méfaits, n'est-il pas du devoir des hommes de science, n'appartient-il pas à l'Etat de créer un cordon sanitaire pour arrêter la marche du fléau ?

La syphilis a éveillé à bon droit la sollicitude des savants, des hygiénistes et des agents de l'administration. La blennorrhagie a été traitée avec une douceur, une tolérance et une compassion qui ne peuvent plus trouver d'excuses dans les réminiscences personnelles.

Ce n'est pas le moment d'étudier les mesures qui ont été recommandées pour réglementer la prostitution, l'endiguer et la rendre aussi peu nocive que possible.

La provocation dans la rue, dans les brasseries, dans les bals publics, dans les débits de vin doit être réprimée avec sévérité. La surveillance des filles atteintes de blennorrhagie, leur internement au besoin ou mieux leur admission dans les hôpitaux sont des mesures qui s'imposent. La prostitution clandestine, fût-elle dorée, sera poursuivie avec rigueur et persévérance.

Mais il faut avant tout que le médecin, imbu des nouvelles doctrines et convaincu de la gravité de la blennorrhagie, joigne ses efforts à ceux que la sagacité administrative invente chaque jour dans un but de répression.

La chaude-pisse ne doit plus être considérée comme l'affection banale d'antan.

Une maladie qui constitue un danger non seulement pour l'individu, mais pour l'espèce, peut-elle être traitée avec autant d'indifférence ou d'insouciance qu'un simple coryza ? Il est évident que non. Mieux éclairé sur la contagiosité de la blennorrhagie et sur la fréquence des complications de cette affection chez la femme, le médecin consciencieux poursuivra avec opiniâtreté un mal qui est dangereux alors même qu'il est à peine apparent.

N'est-ce pas évident que la nécessité s'impose de traiter les hommes atteints de blennorrhagie aiguë et de gonorrhée, avec plus de sévérité et plus de ténacité qu'autrefois ? Tant que l'écoulement n'a pas entièrement disparu il reste contagieux.

Le rôle du médecin sera d'éclairer ses clients sur le danger que font courir à la femme les rapprochements sexuels. Il s'élèvera au besoin avec la dernière énergie contre toute tentative de mariage, tant que le malade ne sera pas débarrassé entièrement de ses gonocoques et des autres germes qui pullulent dans la goutte matinale. Le mariage consommé, avant la guérison complète de la chaude-pisse, devient un acte criminel, quand le conjoint agit en toute connaissance de cause.

L'homme assez misérable pour communiquer sciemment la vérole ou la chaude-pisse à sa nouvelle épouse, ne mériterait-il pas de tomber sous les coups du Code pénal ? L'application du châtiment se heurterait malheureusement à des difficultés insurmontables, si une telle loi était inscrite dans nos codes.

Dans tous les cas, il est urgent d'attaquer la maladie par des moyens médicaux appropriés, d'hospitaliser les grandes contagieuses, de les guérir, de façon à restreindre de plus en plus les causes de la contagion.

La femme atteinte de blennorrhagie soit aiguë soit chronique, doit être soumise à un traitement local qui sera toujours de longue durée. C'est une vérité — nouvelle pour beaucoup de praticiens — qu'il faudra faire pénétrer de force dans leur esprit.

Le temps n'est plus, en effet, où l'on pouvait considérer la disparition de la vulvite ou de l'urétrite comme la preuve de l'extinction de la blennorrhagie. Le gonocoque, agent pathogène, remonte du côté de l'utérus, prend ses cantonnements dans le col, en attendant qu'il franchisse l'orifice interne pour infecter le corps de la matrice, les trompes, les ovaires et le péritoine.

Il faut le répéter, la blennorrhagie vaginale, contrairement à ce qui était enseigné autrefois, est relativement rare. Elle ne constitue donc pas l'alpha et l'oméga de l'infection gonorrhéique. Le vagin et l'urèthre peuvent ne plus présenter aucun indice d'inflammation et cependant la femme recèle dans son col des agents pathogènes qui sont transmissibles à l'homme et qui sont susceptibles d'infecter les trompes et le péritoine. Ces malades en apparence guéries sont donc exposées à des inflammations graves du côté du petit bassin.

Qu'en résulte-t-il ? La nécessité d'appliquer un traitement de longue haleine à ces femmes, qui n'ont qu'une métrite banale, sans connexion tangible avec la blennorrhagie.

C'est en attaquant l'affection utérine à ses débuts qu'on peut l'enrayer et surtout l'empêcher de se compliquer de lésions irréparables tant au point de vue de la reproduction de l'espèce qu'au point de vue de la santé et même de la vie de l'individu.

Des soins analogues seront appliqués aux femmes enceintes atteintes de blennorrhagie. On n'oubliera pas que la femme est doublement exposée, dans ces conditions, aux grandes infections péri-utérines et qu'elle doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière.

\* \* \*

Le rôle du médecin sera non moins efficace sur l'avenir de la femme, s'il a une exacte notion de l'importance des infections qui peuvent survenir après l'accouchement et surtout après la fausse couche.

On ne peut et on ne doit pas considérer comme guérie la femme qui, après avoir résisté à des accidents puerpéraux graves, ne présente plus qu'une métrite vulgaire. Les écoulements leucorrhéiques ne sont pas chose banale.

Il faut attacher une grande importance à la forme insidieuse de l'infection qui apparaît après l'accouchement ou l'avortement.

Quelques symptômes peu marqués, dans les affections rebelles et qui résistent aux traitements les plus énergiques.

Les nouvelles accouchées sortent souvent des maternités avec l'assurance qu'elles n'ont plus rien à redouter et cependant on voit bientôt ces malheureuses dans les hôpitaux avec des lésions parfois avancées dans le petit bassin.

On s'est trop fié à la *nature médicatrice* qui trompe souvent les espérances de certains accoucheurs !

Après l'accouchement et surtout après la fausse couche, il y a lieu de recourir souvent aux injections intra-utérines. L'on n'hésitera pas à pratiquer le curage, dès l'apparition des premiers symptômes, surtout quand on soupçonne une rétention placentaire même partielle.

Le tamponnement à la gaze iodoformée, les injections antiseptiques, les attouchements de la cavité cervico-corporéale rendent les plus signalés services et arrêtent fréquemment la propagation des agents infectieux qui ont eu la tendance à franchir l'ostium uterinum.

Enfin on ne négligera pas les traumatismes de la vulve, du vagin ou du col et on surveillera les déchirures du col et du périnée.

Il importe de consacrer un chapitre, si court qu'il soit, à l'infection banale qui est imputable à la malpropreté des premières voies de l'appareil génital.

On peut admettre qu'il existe, en dehors de la puerpéralité et de la blennorrhagie, une infection mal étudiée au point de vue bactériologique, et qui provient de la pullulation de micro-organismes vulgaires (streptocoques, staphylocoques, etc.). Ces agents de la suppuration, venus de l'extérieur, trouvent un excellent milieu de culture dans le vagin où s'accumulent les produits de sécrétion, le sang des règles, l'épithélium desquamé et où se multiplient à foison les microbes normaux. La présence de l'hymen est un obstacle au libre écoulement des liquides et du mucus. Les jeunes filles, élevées dans le respect quasi-superstitieux de leurs organes génitaux, ont à peine le droit de se laver extérieurement. Combien sont-elles les mères de famille qui osent apprendre à leur fille la façon de prendre une injection vaginale ? On semblerait commettre un attentat à la pudeur en recommandant à une vierge des soins intimes de propreté élémentaire. Certains médecins vénérables ne craindraient d'endosser la responsabilité d'ordonner à une jeune fille des injections vaginales. On préfère les laisser croupir dans la saleté et les exposer à une infection grave qui, pour n'être pas très fréquente, n'en est pas moins réelle. Ainsi le veulent nos mœurs ! Ces mœurs sont absurdes et vont à l'encontre des lois les plus vulgaires d'e-



l'hygiène. C'est une raison pour que ces habitudes invétérées se perpétuent encore pendant quelques générations. Qu'on n'aille pas faire intervenir des questions de pudeur dans une affaire de ce genre !

Une jeune fille ne sera déflorée ni au physique ni au moral quand elle s'administrera, au nom de la propreté puérile et banale, une injection vaginale quotidienne. Objectera-t-on que les manœuvres nécessitées par l'irrigation sont de nature à ouvrir des horizons nouveaux dans un esprit virginal et à lui révéler des secrets qu'il ignore encore ? Peut-on soutenir sérieusement que l'introduction d'une canule dans le vagin, soit susceptible d'éveiller les penchants vicieux qui sommeillent chez une jeune fille ignorante et candide ?

Ces objections n'ont guère besoin de réfutations.

La vierge doit être l'objet de nos respects. C'est entendu. Mais n'est-ce pas faire injure à sa pureté et à son intelligence, n'est-ce pas méconnaître la nature féminine et la réalité des choses de la vie que d'attribuer une influence corruptrice et pernicieuse à une mesure d'hygiène et de propreté ? Les vierges recluses et réduites à un minimum de soins intimes, en vertu de l'éducation qu'elles reçoivent, sont-elles moins exposées à la masturbation et à d'autres vices que les jeunes filles qui apprennent de bonne heure à laver convenablement leurs organes génitaux ?

Une mère intelligente saura faire comprendre à sa fille que l'écoulement sanguin qui vient de faire sa première apparition est le résultat d'une fonction naturelle. « On devra donc dire alors toute la vérité aux jeunes pubères, parce que, s'il est dangereux de trop savoir, il est souvent plus dangereux de tout ignorer. » On profitera de cette leçon nécessaire pour montrer à la jeune fille comment elle doit prendre une injection de propreté.

Il est inutile d'ajouter qu'il y a des exceptions et des empêchements à cette règle qui devrait être établie.

L'état général n'est peut-être pas l'objet d'une attention suffisante de la part des gynécologistes modernes. L'état local, considéré jadis comme secondaire, a conquis, à bon droit, la place importante qu'elle doit occuper dans la pathologie des organes génitaux. Mais la réaction a peut-être été trop vive et on a trop oublié les indications tirées de l'état général.

On peut et on doit admettre que l'anémie, certains états cons-

titutionnels qui affaiblissent l'organisme, préparent le terrain et facilitent à l'évolution des germes pathogènes.

La conséquence qui découle naturellement de ces considérations est d'instituer de bonne heure un traitement pour modifier la constitution dans un sens favorable, et pour exalter les phénomènes de phagocytose.

L'hospitalisation de toutes les prostituées atteintes d'affections vénériennes est matériellement impossible. La place manque pour les abriter même momentanément.

La période d'hospitalisation, pour avoir une réelle efficacité, devrait non seulement s'étendre pendant de longs mois, jusqu'à complète disparition des accidents vaginaux et uréthraux, mais aussi jusqu'à la guérison totale de la métrite du col, manifestation fréquente et tenace de la blennorrhagie.

Or, que nous apprend l'expérience ?

Voici ce que déclare M. Le Pileur, qui est si versé dans ces questions :

Une quantité énorme de filles inscrites se soustrait à l'obligation de la visite. « Ce n'est pas exagérer que d'évaluer cette quantité à la moitié ou au tiers, tout au moins, des filles isolées. »

Et cependant il s'agit de femmes pour lesquelles la visite est une obligation. La crainte de l'internement et surtout la longue durée de l'internement sont les causes principales des difficultés que l'administration éprouve dans l'exécution des différents moyens proposés pour combattre la propagation des affections vénériennes.

« Même les prostituées, c'est avec douceur qu'il faut les traiter ; ce n'est pas en les frappant de terreur qu'on obtiendra d'elles ce qu'on demande, c'est-à-dire des garanties d'hygiène ; c'est en leur prouvant qu'on ne cherche qu'à empêcher de rendre malades ceux qu'elles fréquentent et en leur apprenant quels risques elles ont à courir et comment elles peuvent s'en garer. »

« Les femmes qui ont séjourné 2, 3 mois et plus à Saint-Lazare pour des affections utérines conservent une telle horreur de l'infirmerie — dit le même auteur qu'il faut citer à cause de sa compétence toute spéciale — qu'elles se gardent, autant qu'elles peuvent, de s'exposer à y retourner..... C'est le temps d'internement fabuleux qui leur fait peur, ce temps, pendant lequel

leur loyer court, leurs meubles sont vendus et tout cela pour une ulcération du col. »

Tels sont les termes du problème pour ce qui a trait aux prostituées.

Mais dans le nombre des malades, beaucoup sont des femmes mariées ou vivant dans un état qui, pour être irrégulier, ne relèvent pas de la prostitution. Où se feront soigner toutes ces femmes ? L'hôpital n'est indiqué que s'il s'agit d'un cas grave.

Les femmes capables de gagner leur vie, de faire leur ménage, de soigner leurs enfants ne peuvent et ne veulent pas aliéner leur liberté, s'aliter, perdre un temps précieux en s'enfermant dans un asile quelconque. Elles sont en apparence si peu malades que c'est à peine si elles reconnaissent la nécessité de se soigner tous les jours pendant quelques semaines.

Dans les hôpitaux, dira-t-on, il existe des consultations pour les malades du dehors.

L'organisation des consultations externes dans les hôpitaux est défectueuse. Ces consultations sont d'une utilité incontestable, en ce sens qu'elles permettent le recrutement des malades qui ont besoin de séjourner à l'hôpital. La sélection est parfois difficile à faire et l'exiguïté des locaux est telle qu'on est obligé de renvoyer beaucoup d'êtres misérables et souffrants, faute de lits pour les coucher.

Les soins gynécologiques ne sont donnés aux malades externes que dans un très petit nombre de services de Paris.

Les malades qui se rendent à l'hôpital pour subir un examen ou un pansement perdent le plus souvent une matinée entière, c'est-à-dire les heures les plus précieuses de la journée pour une femme en place ou pour celle qui s'occupe de son ménage.

Et ce ne peut en être autrement ! Le personnel médical a toutes les peines du monde à s'arracher du service des malades hospitalisés pour se consacrer aux femmes de la consultation externe.

Tous ceux qui ont écrit sur ces questions sont d'accord pour réclamer la distribution gratuite des médicaments, de façon à permettre aux malades de se soigner à domicile.

Cette mesure est d'une grande utilité. Mais la délivrance gratuite des médicaments dans quelques hôpitaux a donné naissance à des abus si criants qu'il a fallu réprimer énergiquement un

commerce illicite et désastreux pour les finances de l'Assistance. On se contente de donner aux femmes atteintes d'affections vénériennes une ordonnance qu'elles doivent faire exécuter à leurs frais chez un pharmacien. Les irrigations antiseptiques qui sont généralement prescrites sont assez coûteuses. L'appareil pour prendre les injections est d'un prix élevé.

L'injection, pour être réellement efficace, doit être faite, avec de l'eau bouillie, à une température assez haute et la patiente doit se mettre dans la position horizontale.

On ne s'imagine pas combien est difficile, dans la classe pauvre, l'exécution de ces prescriptions en apparence si simples. Ce sont pour les malheureuses logées à l'étroit et réduites au strict nécessaire des complications qui finissent par rebuter les plus décidées d'entre elles. Enfin, la dépense qu'exige l'état de santé de ces femmes est trop considérable pour qu'elles s'y astreignent volontiers.

Il s'ensuit que les prescriptions médicales ne sont pas exécutées dans leur intégralité et que la négligence aidant, on ne tarde pas à abandonner tout traitement.

La distribution gratuite des médicaments généralisée à tous les hôpitaux ne serait donc pas une solution. Mais il faut bien se convaincre que la femme atteinte de métrite et d'inflammation annexielle ne peut pas se soigner seule. A la rigueur, elle prendra des injections vaginales dans les conditions qui lui sont recommandées. Mais ces injections ne constituent pas tout le traitement. Si l'on veut guérir une métrite, arrêter la marche du microbe dans les organes génitaux internes, il faut agir directement sur l'utérus. Le rôle du médecin devient plus actif. Toucher la cavité cervicale de l'utérus, faire pénétrer des substances médicamenteuses dans la matrice, laver le trajet cervico-corporel avec des liquides microbicides, tamponner le vagin et l'utérus, voilà des manœuvres qui réclament l'intervention d'un homme de l'art.

La conclusion qui découle de cet exposé a été formulée par maints hygiénistes. M. Le Pileur, après avoir examiné la question sur toutes ses faces, demandait la création dans chaque mairie d'un cabinet médical spécial (1).

(1) Bien entendu, il importe peu que ce cabinet spécial soit situé à la mairie. L'important est d'avoir au moins un local par arrondissement.

Cette fondation s'impose. Il ne s'agit pas seulement de donner des soins à des prostituées qui redoutent les visites du dispensaire, mais il faut faciliter à toutes les femmes, mères de famille, filles trompées, ou autres, les moyens de se débarrasser de leur maladie.

Pour que l'institution atteigne son but, il faut que les soins puissent être immédiatement et rapidement donnés. Les malades ne doivent pas perdre un temps précieux. L'organisation sera telle que la patiente, après les premières séances, pourra prendre elle-même son injection, sous la surveillance du personnel.

La salle sera ouverte pendant toute la journée.

Les pansements délicats seront faits par le médecin lui-même. Le personnel secondaire pourra donner les injections. On assurera le service de 8 heures du matin à 5 ou 6 heures du soir. Une infirmière restera à demeure dans la salle.

Le médecin, s'il sait son métier, arrivera à guérir les formes légères des affections utérines. Il dirigera rapidement dans un hôpital les femmes sans ressource qui ont besoin d'un repos au lit ou d'une opération.

Les femmes guéries à la mairie de leur arrondissement feront connaître autour d'elles le résultat qu'elles ont obtenu. Les notions courantes d'hygiène et de pathologie spéciale inculquées à un grand nombre de malades ne tarderont pas à se répandre, et, par suite, à amener au dispensaire une clientèle nombreuse qui, à cette heure, ne pense même pas à réclamer des soins.

On guérira ainsi des malheureuses qui sont menacées de traîner une vie de douleurs et qui vivent à la charge de la Charité publique. N'est-ce pas une entreprise philanthropique que celle qui consiste à assurer la santé et la fécondité à des femmes jeunes et robustes qui seront peut-être demain des infirmes, des inutiles, des êtres rendus stériles par la maladie ou châtrés par le couteau du chirurgien ?

**M. FOURNEL. — Rapport sur la candidature de M. Pénoyée.** (Commission : MM. Porak et Fournel, rapporteur.)— Messieurs, M. le Dr Pénoyée qui se présente à vos suffrages a déposé sur le bureau de la Société à l'appui de sa candidature un nouveau forceps pour le détroit supérieur.

Notre confrère prend ce point de départ que les applications de

forceps au détroit supérieur doivent être antéro-postérieures. Cette théorie, je demande à ne pas la discuter ; mais si on l'admet, il me semble évident que la courbure des instruments classiques ne peut que gêner l'opérateur. C'est pourquoi M. Pénoyée a fait construire chez M. Chazal un instrument dépourvu de courbure sur le champ. Les seules courbures de l'instrument sont des courbures, céphalique pour les cuillers, périnéale pour les manches.

La courbure céphalique, plus accusée sur la cuiller postérieure, permet l'introduction facile des branches et la bonne prise de la tête.

L'étroitesse et la légèreté de chaque branche en ont rendu l'application facile.

Tel est, en résumé, l'instrument que notre confrère nous a présenté. En outre, M. le Dr Pénoyée a fait, en 1872, sa thèse de doctorat sur « l'inversion de l'utérus après l'accouchement » ; et depuis cette époque il n'a cessé de s'occuper d'obstétrique. Nous pensons donc que ce sera une excellente recrue pour notre Société et nous vous proposons de le nommer membre associé national.

**Discussion.** M. GUÉNIOT. — L'instrument de M. Pénoyée est un souvenir de celui de M. Baumers, de Lyon. Il y a longtemps, en effet, que cette question de la position transversale du sommet a préoccupé les accoucheurs. Au premier abord, le mieux paraît être de saisir la tête en avant et en arrière. De là l'idée de Baumers. Mais son forceps était d'une application difficile et il n'a pas eu de succès. C'est qu'il y a loin de la théorie à la pratique, et le forceps de Baumers est inférieur, dans les positions transversales, au forceps ordinaire. Je ne crois pas que celui de M. Pénoyée ait un grand avenir.

En admettant même qu'il soit un perfectionnement, on aurait un nouvel instrument pour des cas tout à fait exceptionnels et appelé, par conséquent, à rendre peu de services.

M. PORAK. — J'ai accepté de patronner avec M. Fournel la candidature de M. Pénoyée, parce que je le connais depuis longtemps, mais je ne donne pas pour cela la moindre approbation à l'instrument qu'il a présenté à la Société. M. Pénoyée est venu faire des essais sur le mannequin à l'hôpital Lariboisière et je lui ai déjà fait part de mon opinion sur les forceps à applications antéro-postérieures.

Pour justifier la construction d'un forceps à applications antéro-postérieures, il faut que ces applications soient justifiables. Vous n'avez pas oublié que j'ai présenté ici même deux observations, où ces interventions ont été suivies l'une d'une section de la paroi postérieure du col, l'autre d'un effondrement du cul-de-sac postérieur. Il est résulté de la discussion intéressante qui a suivi cette communication que les membres présents de notre Société restaient opposés à cette pratique.

La seconde objection est que les manches du forceps appliqué de cette façon devant se redresser pour sortir de la vulve, ne permettaient la traction dans l'axe du bassin que l'instrument fût ou non muni des tracteurs spéciaux en usage actuellement.

Ces raisons jointes aux justes observations de M. Guéniot ne me permettent pas d'être de l'avis de M. Pénoyée, quoique j'appuie auprès de vous sa demande de candidature.

M. BUDIN. — Ce forceps est-il fait pour le détroit supérieur ou pour l'excavation ?

M. FOURNEL. — D'après M. Pénoyée, il est construit pour être appliqué au détroit supérieur.

M. VERRIER. — Dans un bassin rétréci, l'épaisseur du forceps, appliqué dans le sens antéro-postérieur, augmentera encore le rétrécissement. Classiquement, on doit faire deux applications obliques successives, la première au détroit supérieur, et la seconde dans l'excavation.

M. TOUVENAIN. — **Rapport sur les titres de M. Beugnies-Corbeau, candidat au titre de membre correspondant.** (Commission : MM. Porak, Touvenaint, rapporteur.) — Le Dr Beugnies-Corbeau, qui exerce à Givet, ne s'occupe pas d'une façon spéciale d'obstétrique et de gynécologie. Il a toutefois adressé à la Société à l'appui de sa candidature un très intéressant travail sur la symphyse utéro-placentaire.

Notre distingué confrère rappelle que la Société avait mis ce sujet à l'ordre du jour d'une de ses séances en 1891, et que l'accord avait été loin de se faire sur la conduite à tenir en pareil cas.

Pour M. Beugnies-Corbeau, la meilleure méthode à suivre consiste à faire des tractions continues et en même temps une irrigation continue. Dans tous les cas de délivrance difficile, M. Beu-

gnies-Corbeau conseille d'attacher sur le cordon un poids de un kilogramme.

Il résulte pour lui de sa pratique personnelle que ce procédé détermine le réveil énergique de la contractilité utérine, la cessation des hémorrhagies, le détachement régulier et insensible du placenta par fatigue du muscle, la béance du col que ce tampon rigide empêche de se refermer, et enfin la conjuration des accidents que la maladresse ou l'impatience sont susceptibles de provoquer.

Quant à l'irrigation continue, M. Beugnies-Corbeau la recommande fermement, comme ayant toujours retiré de cette pratique de grands avantages chez les femmes atteintes d'infection puerpérale. Pour faire cette irrigation continue, il glisse à travers le col une sonde intra-utérine de Breuss en rapport par un siphon avec un seau d'eau bouillie à 35°-38° additionnée de deux cuillers à soupe de crésyl. Il laisse le tout en place pendant 2, 3 et même 5 jours.

L'installation des accessoires est facile, même dans les familles indigentes. On prend deux traversins un peu durs que l'on place en travers du lit, à un intervalle de 25 cent. On étale par-dessus une toile caoutchoutée que l'on déprime entre les deux traversins et dont on amène un des bords dans un récipient. On dispose le reste de la couche en conséquence, on y installe la malade et on place un cerceau pour ne pas tremper les couvertures.

Le résultat infaillible de cette irrigation continue est la disparition de l'odeur des lochies, un abaissement rapide de la fièvre et la sédation des symptômes abdominaux.

En dehors de ce travail, qui remonte au mois de septembre 1893, le D<sup>r</sup> Beugnies-Corbeau a écrit un grand nombre de mémoires et d'articles sur des faits personnels. Je citerai seulement :

- 1° Mémoire sur l'albuminurie et la peptonurie ;
- 2° Traitement rationnel et expérimental de l'albuminurie ;
- 3° Influence du système nerveux sur les glandes rénales ;
- 4° La phlébo-thrombose marastique dans ses rapports avec les autres maladies ;
- 5° Archéologie médicale de l'Egypte et de la Judée.
- 6° Singulière anomalie d'un lait de nourrice ;
- 7° Dosage clinique de la caséine dans le lait des nourrices par le réactif d'Esbach ;



8° Les accouchements chirurgicaux à terme ; technique opératoire ;

9° Accouchement commencé depuis 48 heures ; symphyséotomie ; mort de la femme au 15° jour.

Le D<sup>r</sup> Beugnies-Corbeau fait déjà partie de plusieurs Sociétés savantes ; il demande aujourd'hui à être membre correspondant de notre Société et je vous propose de l'y admettre.

M. BEUGNIES-CORBEAU envoie à l'appui de sa candidature une observation de **Symphyse utéro-placentaire. — Délivrance artificielle au bout de 48 heures. — Traction et irrigations continues. — Guérison.** — Le 21 septembre 1893, une femme de Rancennes, très robuste, 30 ans, secondipare accouche à deux heures de l'après-midi et avec une très grande facilité, d'un vigoureux garçon.

A 5 heures la sage-femme qui s'impatiente des retards de l'arrière-faix, casse le cordon, *fait deux ou trois tentatives intra-utérines* qui échouent, et en désespoir de cause m'appelle à la rescousse.

A 6 heures, je pratique un grand lavage des organes génitaux, et je fais avec toutes les précautions requises une seule tentative de décollement. Je trouve le placenta inséré sur le pôle supérieur de l'utérus. Un appendice flotte tout déchiqueté dans l'ouverture du col. Je constate que la partie principale est retenue par une adhérence invincible et je n'insiste pas. J'amène avec précaution à la vulve l'appendice flottant, sans le déchirer de ses attaches, je le ligature en masse avec une longue ganse au bout de laquelle je fixe une traction continue de 1 k., dont l'effet immédiat fut de nous éviter toute hémorrhagie.

J'ordonne, faute de mieux, des irrigations vaginales à l'eau bouillie toutes les deux heures.

Le 22 au matin, pas de fièvre, mais aucun décollement.

Le soir éclate un grand frisson, la fièvre s'allume, atteint le 23 à midi 39°7 avec P. 150.

L'appendice placentaire s'est rompu. Le reste se putréfie entraînant des déjections et une diarrhée fétides.

Devant la septicémie commençante, les deux confrères qui m'assistaient et moi, nous résolûmes d'administrer le chloroforme, d'évacuer l'utérus dans la mesure du possible, de poursuivre par

un curetage, et d'entraîner le reste par un courant non interrompu d'eau crésylée.

Rasure du pubis et large irrigation du champ opératoire à l'eau crésylée.

Le col est mou, très franchissable. L'adhérence du placenta est si complète qu'on croirait avoir affaire à un polype de l'utérus. Je l'enlève par petits fragments avec une précaution extrême car je constate qu'au point d'implantation, l'épaisseur de l'utérus est fort mince, surtout par contraste avec les renflements manifestes que je rencontre partout ailleurs. Le placenta est inséré sur une zone de métrite atrophiante dont l'origine remonte au premier accouchement, c'est-à-dire à treize mois plus tôt. Son support maternel est tellement mou que la moindre échappée produirait une perforation. Je promène la curette très doucement sur toute la surface entreprise. Hémorrhagie insignifiante.

J'installe une irrigation intra-utérine continue à l'eau crésylée tiède (2 cuillers à soupe de crésyl pour un seau d'eau bouillie).

A peine réveillée, la malade éprouve un grand frisson pendant trois quarts d'heure avec lividité de la face, malaises intolérables, concentration du poulx.

Le 24 au matin, P. = 108. — T. = 37.6. — Etat satisfaisant. Lait, boissons vineuses.

Le 25, P. = 102; T. = 37.8. La sonde s'étant obstruée on cesse l'irrigation continue et on la remplace par des lavages vaginaux de même nature toutes les deux heures.

Le 27, un peu d'abattement, insomnie due à trop de commérages. — P. = 96; T. = 37. Le lait monte, huile de ricin. Déjections utérines absolument inodores.

Bouillon. Lait. Pain trempé. Un œuf. Potion tonique de Jaccoud (Extraqua mou : 5 gr. Rhum, 40 gr. teint. de Cannelle, 10 gr. Sp. écorce or. am. 50. Vin rouge 200) et champagne très étendu.

A partir de ce jour l'amélioration s'accroît régulièrement, et le 15 octobre la malade se levait.

Son enfant présente une anomalie que je signale. Il est atteint d'une énorme céphalématome occipito-pariétal gauche.

Je complète par quelques mots sa biographie médicale. Elle en est à sa seconde grossesse. Le premier accouchement, bien à terme, s'est fait par une présentation du siège. La délivrance a été accomplie aussitôt avec une précipitation qu'aucun incident

ne semble justifier, par manœuvres internes. C'est là certainement l'origine de la métrite dont nous avons vu les conséquences. La santé générale et locale parut se rétablir sauf certains malaises faisant dire à la femme D. qu'elle n'était plus exactement la même. Les règles furent revues pendant 3 ou 4 mois consécutifs.

**Conclusion.** — La conduite à tenir dans les cas de symphyse placentaire est très diversement tracée par les obstétriciens. Il n'y a point de doctrine, il n'y a que des inspirations ou de l'éclectisme. Une séance de la Société obstétricale de Paris épuisa ce thème en 1891. Le résumé est une anarchie complète. Il s'agissait d'une question soumise par Clopatofsky de Bogota (Mlle Grenade), relativement à l'issue malheureuse d'une symphyse placentaire, compliquée de tétanisme ergotique de l'utérus. La tentative d'extraction avait été faite 16 heures après le départ fœtal. La température était déjà à 41°, le pouls à 160°. La femme succomba le lendemain à une infection puerpérale aiguë. Le professeur Pajot estime que dans une circonstance semblable on est absous de pratiquer, coûte que coûte, l'hystérectomie. Le Dr Bonnaire cite une observation heureuse de Schultze, d'Iéna, justifiant cette ressource extrême. Le Dr Budin recommande de pétrir longuement le tissu placentaire entre les doigts, de n'en laisser qu'une plaque insignifiante sur l'utérus et d'instituer une antiseptie rigoureuse. M. Charpentier se montre partisan du curetage. Le prof. Pajot observe qu'avec l'utérus à terme il ne faut point compter sur le cri spécial du tissu utérin au contact de la curette car, à terme, *ce tissu ne crie pas*. Le Dr Guéniot interjette que les cas sont rares, et souvent divers ce qui empêche de formuler une technique invariable : « Des femmes meurent, dit-il ; à l'autopsie on trouve une perforation résultant d'une maladresse. En général il ne faut pas trop compter sur la putréfaction comme agent de délivrance ; les placentas symphysés y résistent plus longtemps que les autres, ils ont la vie plus dure. On pourra presque toujours faire le grattage à la curette mousse. Après infection, l'hystérectomie semble une ressource bien hasardeuse. » Le Dr Doléris rejette toute opération autre que le curetage. Le professeur Pajot cite des cas d'adhérence tellement intime que ce moyen demeura en échec et ne put empêcher la mort. Chez

notre parturiente le détachement à la curette seule aurait présenté des obstacles insurmontables et créé beaucoup plus de risques pour elle.

Voilà toute la science des maîtres. En regard il est édifiant de mettre les faits et gestes de nos sages-femmes villageoises. Elles sont beaucoup moins timides, cela va sans dire. D'abord jusqu'à présent l'antisepsie, même celle qui consiste à avoir les mains et les ongles rigoureusement propres, est pour la plupart d'entre elles un luxe, une pose, disons le mot, *une blague*. Ceci donne la mesure du reste. On touche les femmes avec des huiles maculées de tout ce qu'on voudra, quand ce n'est pas avec du beurre rance ou du saindoux. Des injections délétères, des lavages vaginaux ! Bon pour les femmes riches qu'il faut amuser, et auprès desquelles on doit avoir l'air de gagner son argent. Aussi une parturition est-elle un peu languissante, on bourre la femme d'ergot de seigle. Un placenta résiste-t-il, on tire dessus comme un sonneur de cloche. Le cordon casse : qu'à cela ne tienne, on plonge la main — et quelle main ! — à trois ou quatre reprises dans l'utérus on déchiquète à coups d'ongles tout ce qui se présente. Et lorsqu'après d'aussi chaudes alertes, on revient bredouille, résolution suprême, on fait appeler le médecin.

Les deux seules symphyses placento-utérines, pour lesquelles j'eus l'honneur d'être requis dans ma carrière avaient subi ce charmant travail préparatoire. Je viens d'en narrer une. Quant à l'autre, il s'agissait d'un avortement au cinquième mois. Le placenta tardant à venir, on m'avertit. A mon arrivée la sage-femme me déclara que « suivant son habitude, elle avait raclé l'utérus avec les ongles et que tout allait bien ! » Résultat : une métrite qui retint la femme six semaines dans son lit, passa à la chronicité et est devenue indéracinable.

J'ai déjà eu l'occasion de décrire il y a cinq ou six ans, l'usage des tractions continues dans les cas de délivrance difficile. Elles m'ont rendu de précieux services. Une première fois il s'agissait d'une femme indélivrable depuis vingt-quatre heures pour un enchatonnement contre lequel se brisaient tous nos efforts. A bout de fatigues, nous attachâmes un poids de 1 k. sur le cordon et nous partîmes. Le lendemain la délivrance gisait entière au milieu du lit. Un second fait est relatif à une primipare atteinte de métrite avec adhérence anormale du placenta que

les tractions continues amenèrent au bout de dix-huit heures.

Je pourrais multiplier les exemples qui, dans ma pratique, s'élèvent aujourd'hui à une dizaine et ne comptent qu'un seul échec, celui qui précède.

Le moyen est, paraît-il, très connu dans l'empirisme vétérinaire des campagnes. Les paysans attachent volontiers une demi-brique sur le cordon de la vache. Le vétérinaire qui me fit connaître l'expédient le condamnait en bloc sans fournir de raisons bien décisives.

Pour moi j'en ai toujours recueilli cinq avantages : le réveil énergique de la contractilité utérine, la cessation des hémorrhagies, le détachement régulier et insensible du placenta par fatigue du muscle, la béance du col que ce tampon rigide empêche de se refermer, la conjuration des accidents qu'on ne manque presque jamais, dans une affaire qui se prolonge, de provoquer par maladresse ou impatience.

J'aborde l'irrigation continue. Ce moyen, fort en vogue il y a une trentaine d'années me semble avoir subi de nos jours un injuste abandon. J'en ai retiré chez les femmes atteintes de métrites graves, puerpérales ou autres, de remarquables avantages. Je glisse à travers le col une sonde intra-utérine de Breuss bien amorcée, en rapport par un siphon, avec un seau d'eau bouillie à 35°-38°, additionnée de deux cuillers à soupe de crésyl. Le résultat infailible de cette pratique est la disparition de l'odeur des produits vagino-utérins, un abaissement rapide de la fièvre et la sédation des symptômes abdominaux.

Je laisse le tout en place pendant 2, 3 et même 5 jours.

L'installation des accessoires est facile, même dans les familles indigentes. On prend deux traversins un peu durs que l'on place en travers du lit, à un intervalle de 25 centimètres. On étale par-dessus une toile caoutchoutée que l'on trouve partout à bas prix. On déprime la toile en gouttière entre les deux traversins et on amène un de ses bords dans un vase récipient quelconque. On dispose le reste de la couche en conséquence, on y installe la malade et on la surmonte d'un cerceau pour ne point tremper ses couvertures.

Je serais heureux d'avoir l'avis de la Société sur trois points :

1° La question des symphyse utéro-placentaires a-t-elle fait un nouveau pas depuis deux ans ?

2° Quelle est la valeur des tractions automatiques ?

3° Et des irrigations continues ?

M. NARICH (de Smyrne). — **Explication des causes mécaniques qui font que dans les rétrécissements antéro-postérieurs les applications du forceps d'avant en arrière échouent tandis que les applications obliques réussissent.** — Les notes critiques qui suivent nous ont été suggérées par l'intéressante communication de M. Porak à la Société obstétricale, en novembre 1892, sur « le danger des applications du forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ». Dans la discussion qui suivit le récit des observations de M. Porak, dans lesquelles les applications antéro-postérieures ayant échoué les obliques réussirent parfaitement, notre savant maître, M. Budin, après avoir lui-même relaté un cas d'insuccès, a déclaré, « qu'il n'a plus recours aux applications antéro-postérieures, malgré, ajouta-t-il, les *prétendus avantages*, décrits dans des travaux récents ». Il a rappelé en outre ses propres expériences à l'école pratique, dans lesquelles les applications obliques réussissaient à faire descendre la tête, là où les antéro-postérieures échouaient. En outre, dans la même séance, Messieurs Guéniot et Pajot se sont également déclarés ennemis des applications antéro-postérieures.

Cette discussion de la Société obstétricale a été pour nous un grand enseignement. En effet, nous étions nous-même dominé, suggestionné par cette idée, qui hante presque tous les accoucheurs, que, dans les cas dont il s'agit, le devoir serait de tenter et l'idéal de réussir, l'application du forceps dans le sens antéro-postérieur. Des instruments spéciaux ont même été inventés dans l'espoir de mieux atteindre ce but. Or, comme la pratique démontre que les applications antéro-postérieures donnent des résultats déplorable, nous nous proposons, dans cet article, d'expliquer les causes mécaniques de ces insuccès. Mais avant tout, qu'il nous soit permis de reproduire de mémoire et dans ses principaux détails, le cas suivant où nous avons eu un plein succès par une application oblique de l'instrument :

OBSERVATION. — **Multipare. Rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur. Après une seule tentative infructueuse d'application d'avant en arrière, on applique obli-**

**quement. Succès rapide et complet. Mère et enfant guéris.**

— Il y a environ cinq ans, je fus appelé, à 5 heures du matin, auprès d'une pauvre femme multipare, en travail depuis environ dix-huit heures. Elle avait déjà eu deux accouchements naturels par le sommet. C'était une femme de petite taille, ayant des indices certains de rachitisme. Au toucher, je trouve la dilatation complète, l'orifice un peu revenu sur lui-même, mais très dilatable. Les membranes sont rompues. L'index rencontre aisément le promontoire qui fait une forte saillie. La tête qui offre une légère bosse séro-sanguine, est retenue au-dessus du détroit supérieur. Je ne me rappelle pas le calcul du rétrécissement, mais il me parut suffisamment prononcé pour que j'insistasse beaucoup auprès de la parturiente afin de savoir si réellement, comme elle le prétendait, ses accouchements antérieurs avaient eu lieu à terme et sans intervention ; ce qu'elle me confirma. Les contractions douloureuses ayant complètement cessé (raison pour laquelle je fus appelé) et la femme se sentant très fatiguée, je la plaçai dans la situation obstétricale pour appliquer le forceps Levret, grand forceps brisé de Pajot.

Comme je cite de mémoire, je ne me rappelle pas bien quelle était la position de la tête ; toutefois il n'y a aucun inconvénient, pour l'interprétation de ce qui va suivre, à supposer qu'il s'agissait d'une transversale gauche.

En introduisant d'abord la branche gauche de l'instrument, je tente de la porter directement en arrière, sur le promontoire, pour faire une application *idéale*. Mais voyant que cela exigeait des tâtonnements et même certains efforts ; voyant en outre que la branche *tendait d'elle-même* à se placer en face de la symphyse sacro-iliaque gauche, c'est-à-dire à l'extrémité postérieure d'un diamètre oblique, je la dirigeai dans ce sens et la laissai là. J'introduisis alors sans difficulté la branche droite derrière l'éminence iléo-pectinée du côté droit. De la sorte l'application sur la tête, faite sans aucune difficulté, était *oblique* et la saisie très bonne. — Après quelques tractions énergiques et soutenues, faites comme l'indique le professeur Pajot, il se produit un *craquement sourd*, qui ne laisse pas de m'inquiéter et qui est immédiatement suivi de la descente de la tête dans le petit bassin. Enfin je finis par extraire un enfant très bien portant que je revis après quatre mois. Les suites pour la mère furent normales. L'enfant offrait en naissant une vaste déformation du crâne. Voyons quelle a été cette déformation et par quel mécanisme elle s'est produite :

*Déformation considérable et utile de la tête, qui ne se serait pas produite si le forceps avait été appliqué d'avant en arrière.*

Au moment de la naissance et même pendant les premiers jours qui la suivirent, la tête de l'enfant offrait une déformation très prononcée qui s'est, sans aucun doute, produite *contre le*

*promontoire* pendant les tractions, au moment où je perçus le craquement dont j'ai parlé. Lorsqu'on regardait la tête face à face, la déformation était telle que le frontal et surtout le pariétal d'un côté, le côté qui correspondait à l'angle sacro-vertébral, étaient aplatis, et que l'ensemble de la boîte crânienne était fortement repoussé, incliné vers le côté opposé. Que l'on me passe l'expression, l'enfant avait l'air de porter crânement un bonnet sur l'oreille, ce qui provoquait le rire même chez ses parents. Si cette femme, atteinte d'un rétrécissement prononcé, a pu accoucher antérieurement de deux enfants à terme et sans forceps, c'est que les têtes, étant encore plus maléables que dans le cas présent, les contractions utérines avaient pu les forcer à se mouler sur le détroit pour le franchir. La science obstétricale connaît ces déformations utiles de la tête poussée par les contractions seules à travers des bassins rétrécis dans le sens antéro-postérieur, et les livres classiques représentent en gravure ce genre de déformation (1). Dans notre cas, c'est grâce à l'aplatissement utile décrit plus haut, que la tête a pu franchir le détroit supérieur rétréci. Mais nous pensons aussi (et c'est là l'objet principal de ce petit travail critique) que le forceps se serait radicalement opposé à la susdite déformation si ses branches avaient été appliquées directement l'une en avant, derrière le pubis, et l'autre en arrière, sur l'angle sacro-vertébral. Ce qui revient à dire, en généralisant, que toute application faite dans ce sens met quelque obstacle à la descente de la tête. C'est ce que nous allons tâcher de montrer. Mais pour expliquer les causes qui rendent mauvaises les applications antéro-postérieures, nous devons d'abord dire quelques mots de la réductibilité de la tête saisie par le forceps d'une bosse pariétale à l'autre. Dans ces conditions, l'instrument produit, il est vrai, une certaine réduction du diamètre bipariétal, mais cette réduction est trop insuffisante pour que la tête puisse traverser un détroit assez rétréci (2).

Baudelocque a été un des premiers à démontrer la réductibilité relative du diamètre bipariétal. Mais il a soin d'ajouter que...

(1) Par exemple, *Traité de Charpentier*, tome II, p. 202, fig. 540.

(2) Les citations qui vont suivre, nous les puisons dans les travaux suivants :

Budin, *Obstétrique et Gynécologie*. Paris, Doin, 1886.

Pinard, *Article Forceps* du Diction. de Dechambre. 1879.

Baudelocque. *Traité*. Troisième édition, 1796, tome II, page 141.



« cette réduction, en aucun cas, ne saurait être aussi grande que des accoucheurs l'ont annoncé, et qu'elle est difficilement et bien rarement au delà de quatre à cinq lignes, lorsque l'instrument agira sur les côtés de la tête ». Et notons bien que cette réduction de 4 à 5 lignes a été obtenue par Baudelocque dans des expériences cadavériques, à la suite de compressions telles que le forceps « se faussait assez pour ne plus pouvoir servir de nouveau sans être retouché par l'ouvrier ». Pétrequin (1857) est arrivé aux mêmes résultats quant à la petite réductibilité du diamètre pariétal. Delore (1865) conclut de même et saisit, mais incomplètement, la cause du peu de réductibilité de ce diamètre. En effet, après avoir institué, entre autres, des expériences... « à pression régulière et *large* », il reconnaît que la pression large (c'est-à-dire forceps régulièrement appliqué, supposons sur les deux bosses pariétales) avait une action bien moins efficace que la pression limitée; car la tête résistait davantage.

Cette résistance plus grande nous l'expliquons comme suit : les deux bosses ou régions pariétales sont comparables à deux voûtes opposées par leur base, condition architecturale fort peu favorable à de grandes réductions ; bien entendu, en supposant que les cuillères du forceps s'étalent régulièrement et largement sur ces régions qui subissent de la sorte une pression non limitée.

Mais il existe encore une autre cause bien plus sérieuse et qui contribue considérablement à limiter la réduction dans le sens bipariétal, c'est la suivante : Quand le forceps est appliqué d'avant en arrière (diamètre bipariétal) il forme autour de la tête une sorte d'*armure métallique protectrice* qui empêche la boîte crânienne d'être directement comprimée contre le promontoire et d'y subir une *déformation utile* très étendue en s'y moulant en quelque sorte. Il en résulte que la qualité que le forceps a de protéger d'ordinaire la tête tout en l'extrayant, est un inconvénient dans le cas particulier qui nous occupe. Or cet inconvénient est évité quand les cuillères (armure métallique) sont placées *obliquement*. En effet, la cuillère postérieure étant dans ce dernier cas loin du promontoire, rien ne s'oppose à ce que le pariétal et les os voisins s'inclinent, s'aplatissent et au besoin se défoncent contre l'angle sacro-vertébral, et cela au degré voulu pour traverser des rétrécissements autrement grands que ceux que le forceps ne saurait vaincre s'il est appliqué d'avant en arrière.

Ajoutons, de plus, que dans les applications obliques les cuillères, loin de comprimer vainement deux voûtes directement opposées par leur base, comme dans les applications d'avant en arrière, portent au contraire sur des régions à sutures, régions autrement dépressibles et qui se correspondent dans un sens oblique, ce qui constitue heureusement une mauvaise condition de résistance.

Ainsi, tout consiste à laisser la tête libre, *en arrière surtout*, afin que le promontoire puisse jouer un rôle utile contre l'ossature du crâne, laquelle cède comme à la pression limitée que lui opposait un coin.

L'inefficacité et le danger des applications antéro-postérieures étant reconnues et expliquées, doit-on jamais tenter des applications transversales, du front à l'occiput ? Non, car outre les inconvénients des applications de la cuillère sur la face et malgré que le diamètre occipito-frontal soit plus réductible que le bipariétal, ainsi que l'on démontré Baudelocque, Pétrequin, Delore, quand le forceps est appliqué du front à l'occiput, la compression de l'instrument augmente l'étendue du diamètre opposé ou bipariétal, comme l'ont montré Pétrequin, Delore et Budin. Ce serait donc aller contre le but et il n'y aurait presque pas à espérer (à moins d'employer la violence) que la région pariétale postérieure arrive à se mouler sur le promontoire pour traverser le détroit, car le globe crânien se trouve pris entre quatre pressions contraires et diamétralement opposées qui tendent à se neutraliser : pubis et promontoire, branche gauche et branche droite.

L'application intermédiaire, l'*oblique*, est donc la préférable. Heureusement que la Société Obstétricale vient de se prononcer pour elle, dans sa séance de novembre dernier.

Tellés sont les causes mécaniques qui rendent mauvaises les applications antéro-postérieures, rendues plus mauvaises encore par les difficultés que l'on éprouve à placer les branches de l'instrument dans cette direction. Tandis que ces branches appliquées obliquement sont si facilement « aspirées » par le vide qu'elles rencontrent surtout à l'extrémité postérieure du diamètre oblique, dans le creux de la symphyse sacro-iliaque.

*Conclusions.*

1° Nous croyons que ce qui a malheureusement et depuis longtemps influencé les accoucheurs en leur faisant rechercher comme préférables les applications d'avant en arrière, c'est d'abord l'idée, sans doute exacte, que la meilleure saisie est celle qui va d'une oreille à l'autre, saisie qui donne en outre une certaine réduction du diamètre bipariétal. Mais la pratique démontre que la saisie oblique est suffisamment solide et que, de plus, elle permet une réduction bien plus considérable.

2° Pour traverser des rétrécissements assez prononcés la quantité dont se réduit, sous la pression du forceps, le diamètre bipariétal est absolument insuffisante, car, pour franchir le passage la tête doit parfois subir une vaste déformation. Pourvu que le crâne soit assez maléable, ces déformations dans le sens latéral sont le plus souvent compatibles avec la vie, à preuve notre observation où la tête reprit graduellement sa forme au bout de quelques jours. Ces sortes de cas ne doivent pas être trop rares.

3° Dans les applications antéro-postérieures, l'instrument, par ses cuillères introduites l'une en avant, l'autre en arrière, forme autour du crâne une véritable *armure métallique* résistante qui protège la tête et l'empêche de subir, par sa pression contre le promontoire, la déformation en question.

4° Dans les applications transversales (du front à l'occiput) il n'y a pas lieu d'espérer une déformation d'avant en arrière, car ces applications ont contre elles l'augmentation du diamètre opposé (bipariétal), ainsi que la neutralisation des forces qui compriment la tête sur quatre points diamétralement opposés : branche gauche et branche droite, pubis et promontoire.

5° Des trois directions dans lesquelles on peut saisir la tête, la direction *oblique* est celle qui remplit d'une façon très heureuse toutes les conditions favorables. En effet, *a* — le forceps s'applique avec une solidité suffisante sur des régions très dépressibles telles que sutures et bords des os ; *b* — la pression des cuillères au lieu de s'exercer sur des régions constituant un système de voûtes directement opposées par leur base (systèmes occipito-frontal et surtout bipariétal), ce qui constitue une condition architecturale peu compatible avec de grandes réductions, s'exerce au contraire sur deux régions dépressibles qui par leur disposi-

tion architecturale s'opposent dans un sens *oblique*, ce qui est heureusement peu favorable à la résistance ; *c* — l'inconvénient de l'armure métallique protectrice formée par les cuillers autour du diamètre bipariétal disparaît, car celles-ci étant appliquées en dehors de ce diamètre, la région crânienne qui correspond au promontoire peut, pendant les tractions, se mouler sur ce dernier en subissant toute la déformation utile qu'exige le degré du rétrécissement, *d* — enfin, l'application de l'instrument est bien plus facile, la branche étant en quelque sorte aspirée par le vide, surtout à l'extrémité postérieure du diamètre oblique, au creux de la symphyse sacro-iliaque.

Comme conclusion générale de tout ce qui précède, nous pouvons dire :

Dans les rétrécissements antéro-postérieurs les applications du forceps d'avant en arrière sont mauvaises à cause surtout que l'instrument lui-même empêche la tête de se réduire, de se déformer suffisamment en se moulant sur le promontoire. Cet obstacle à la réduction suffisante disparaît quand les cuillers sont appliquées obliquement (1).

(1) Les accoucheurs qui recherchent les applications antéro-postérieures regrettent que le forceps fasse perdre en partie le bénéfice de la réduction du diamètre bipariétal en ajoutant à ce diamètre l'épaisseur de ses cuillers. Mémelorsque nous pensions, commetant d'autres, que les applications d'avant en arrière étaient un idéal après lequel il fallait courir, nous n'attachions pas grande importance à l'argument de l'épaisseur des branches, non pas que cette épaisseur soit une quantité tout à fait négligeable, mais surtout parce que, dans les saisies régulièrement antéro-postérieures, le pariétal étant un os fortement convexe qui se place en partie dans l'aire de la fenêtre des cuillers, vient à fleur de ces cuillers et même en déborde la surface. Ce raisonnement, si on le croit valable, s'appliquerait surtout au pariétal postérieur qui oppose sa propre convexité à la convexité de l'angle sacro-vertébral.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Présidence de M. BUDIN.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Ordre du jour.* — *Présentations.* M. OLIVIER, pince porte-aiguille. — M. PAQUY. Etat de mal épileptique pendant la grossesse et ayant provoqué l'accouchement. — *Discussion:* MM. GUÉNIOT, CHARPENTIER, PORAK. — M. BAILLET: Amnésie post-éclamptique. *Discussion:* M. PORAK. — M. LOVIOT: Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs généralisés à répétition d'origine puerpérale. — *Discussion:* MM. FOURNEL, LOVIOT. — M. LOVIOT: Sur une observation de céphalématome. — *Discussion:* MM. GUÉNIOT et CHARPENTIER. — M. MACÉ: Galactophorite chez la mère et chez le nouveau-né. — *Discussion:* MM. MAYGRIER, CHARPENTIER, GUÉNIOT, FOURNEL, BUDIN. — M. MAYGRIER: De la perforation symétrique des petites lèvres à la suite de l'accouchement. — *Discussion:* M. BUDIN. — M. DUMONT: Contribution à l'étude des rétentions placentaires dans l'avortement: Deux cas de septicémie grave traitée par le curettage, Guérison. — M. BAR: Rapport sur la candidature au titre de membre correspondant étranger de M. LAURO, de Naples.

**M. OLIVIER. — Pince porte-aiguilles à doubles mors du Dr Olivier.** — La forme de cette pince porte-aiguilles que j'ai l'honneur de vous présenter est celle adoptée pour les instruments analogues, c'est-à-dire qu'elle est composée essentiellement de branches articulées en guise de tenailles. Son caractère particulier consiste en ce qu'elle possède deux mors pouvant saisir les aiguilles suivant deux plans perpendiculaires, de sorte que l'un d'eux est utilisable pour les aiguilles rondes ou demi-rondes classiques et l'autre pour les aiguilles plates de Hagedorn. Le mors extrême ne présente aucun caractère spécial, et s'ouvre parallèlement à l'axe de l'instrument. Le second mors est obtenu par un évidement pratiqué à l'intérieur d'une des branches entre l'extrémité et l'articulation, et, par une petite pièce à glissière ajustée à tenon dans cet espace ;

cette pièce, entraînée par une des branches dans son mouvement, porte à son extrémité supérieure une surface plane taillée qui vient s'appliquer contre une surface semblable pratiquée dans l'évidement d'une des branches de l'instrument. Ce mors s'ouvre dans un plan perpendiculaire à l'axe de la pince.

Les branches de l'instrument ainsi que la pièce à glissière sont articulées à tenon et peuvent être aisément démontées pour le nettoyage.

**M. PAQUY. — Etat de mal épileptique pendant la grossesse et ayant provoqué l'accouchement.** — Le 3 avril 1893, à 11 heures du matin, on amène, dans le service de M. Porak, à la Maternité de l'hôpital Lariboisière la femme B., âgée de 26 ans. Elle est atteinte d'hémiplégie droite avec diminution notable de la sensibilité de ce côté. On constate une légère paralysie faciale du côté droit, elle siffle difficilement.

Elle paraît avoir conservé son intelligence, mais il lui est impossible de prononcer d'autres mots que : « Oui, hélas ! oui, monsieur », qu'elle répète à toutes les questions que nous lui adressons. Lorsqu'on lui présente un objet, elle fait comprendre par signes qu'elle reconnaît cet objet, mais qu'il lui est impossible d'en donner le nom.

La malade paraît enceinte de huit mois environ.

Parle palper, on constate une présentation du sommet en O.I.G.A. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent au-dessous de l'ombilic, un peu à gauche de la ligne médiane. Au toucher le col est dilatable comme 1 franc. Les membranes sont intactes ; on arrive sur la tête, la suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure est à gauche et en avant, la tête semble petite et peu ossifiée.

Les urines, qui ont été retirées avec la sonde, ne contiennent pas d'albumine.

La malade reste dans cet état jusqu'à 5 heures du soir. A ce moment, elle commence à s'agiter, sa tête tourne successivement de gauche à droite et de droite à gauche, sur l'oreiller ; les muscles de la face grimacent ; à cette première période, qui dure environ une 1/2 minute, fait suite une période de convulsions toniques ; il y a contraction des muscles, des membres et de la nuque ; le pouce est plié dans la paume de la main ; les autres

doigts enroulés autour de lui ; il n'y a pas de phase asphyxique ; la bouche reste ouverte et la malade continue à respirer et ne se mord pas la langue ; cette attaque a duré en tout 50 secondes. A sa suite survient une période de coma avec respiration saccadée et très superficielle. Au bout de 2 minutes environ, la malade reprend connaissance.

A 5 h. 20, 2<sup>e</sup> attaque semblable à la première. A ce moment, on constate que le travail est commencé, dilatation 1 franc, contractions utérines régulières, se répétant tous les 1/4 d'heure.

3<sup>e</sup> attaque, 5 h. 35 ; 4<sup>e</sup> attaque, 5 h. 20 ; 5<sup>e</sup> attaque, 6 h. 10. La malade ne reprend plus connaissance. On donne, toutes les heures, une cuiller à soupe contenant 1 gr. de K. Br., jusqu'à concurrence de 6 cuillers.

13 attaques de 6 h. 10 à 9 h. 50. Le travail continue régulièrement ; il y a à ce moment une dilatation d'une paume. Dilatation complète à 10 h. 30. On rompt les membranes, la tête descend dans l'excavation. A ce moment, il y a quelques douleurs expulsives, et à 10 h. 50 l'accouchement est terminé.

Délivrance spontanée 5 minutes après.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 1.900 gr.

Il est mort le lendemain matin à 7 heures.

La température, qui était de 37°2 le matin, est montée le soir à 38°.

Pas d'attaques jusqu'à 3 h. du matin.

Elles reprennent alors et de 3 h. 50 du matin à 1 h. 53 du soir, la malade a eu 17 attaques.

A 4 heures 1/4, elle semble reconnaître son mari.

Ce dernier, que nous interrogeons alors, nous donne sur notre malade les renseignements suivants :

Il est marié avec elle depuis trois ans.

Il sait que le père et la mère de sa femme sont vivants, mais il ne les connaît pas et ne peut donner aucun renseignement au sujet de leurs antécédents pathologiques. Il ne lui connaît ni frère, ni sœur.

La malade aurait eu une première attaque d'épilepsie vers l'âge de 8 ans, mais il ne sait pas à quelle époque l'état de mal aurait débuté, car depuis qu'il la connaît, elle n'a jamais eu d'attaques de grande épilepsie, mais des états de mal épileptiques semblables à celui dans lequel elle est en ce moment. Ces crises ne

reviennent pas à des époques régulières ; elle reste quelquefois plusieurs mois sans en avoir ; ces crises durent plusieurs jours et elle a eu jusqu'à 300 attaques dans la même crise. Au début, il n'a jamais entendu de cri initial, il n'a jamais constaté de morsures de la langue. La crise épileptique est généralement plus accentuée du côté droit que du côté gauche. Dans l'intervalle des attaques, elle ne reprend pas complètement connaissance et il lui est impossible de parler. Après chaque crise, la malade perd une partie de ses cheveux. Nous constatons, en effet, qu'elle est presque chauve.

Elle est accouchée, il y a un an, d'un premier enfant à terme qui mourut à 3 mois. L'accouchement fut normal.

Pendant sa grossesse actuelle, la malade n'a pas eu de crise.

La crise actuelle a débuté le 1<sup>er</sup> avril à 10 h. du matin où la malade a eu une 1<sup>re</sup> attaque; 2<sup>e</sup> à 2 h. du soir ; 3<sup>e</sup> vers 6 h.

2 avril. — Attaque à minuit 1/2 — 1 h. 1/2 matin.

La malade, qui jusqu'ici avait conservé toute sa raison et pouvait parler, est prise d'aphasie dans la nuit du 2 au 3 avril et ne peut plus se servir que difficilement de son bras droit. Son mari, le 3 avril au matin, la fait conduire à l'hôpital.

Pendant toute la journée du 4 avril, la malade a été alimentée avec du lait et des œufs. — 4 gr. de KBr. La température du matin était de 37°4. — A 4 h. du soir, elle était de 38°2. Léger nuage d'albumine dans les urines.

Les attaques reprennent à 7 h. du soir.

Elle a 37 attaques dans la nuit du 4 au 5 avril. A 7 h. du matin, la température est de 39°.

Dans la journée du 5 avril elle a eu 26 attaques.

Température 39°6. Elle a pris 6 gr. de bromure. Lait, œufs.

La nuit du 5 au 6 est plus calme. — 7 attaques jusqu'à 5 h. du matin.

Le 6 avril au matin, la température est de 39°2. La malade est assez calme, mais, sauf quelques mouvements du bras gauche, elle ne répond pas aux excitations extérieures. La pression du ventre ne paraît pas réveiller de douleur. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse, les lochies sont normales. La malade urine sous elle. Pas de garde-robes depuis le 5 avril à 5 heures du matin. Nourriture : œufs, lait,



potage. Aussitôt que l'on approche le biberon de ses lèvres, elle fait des mouvements de succion et semble boire avec plaisir.

A 1 heure de l'après-midi, elle a eu une nouvelle crise. Les crises se répètent toutes les 1/2 heures environ jusqu'à 8 heures du soir. On en compte 11 dans cet intervalle.

Le 7 avril au matin, la température est à 37°8. Pas de crise depuis la veille 8 h. du soir. La malade est calme, mais ne répond pas à nos questions. On entend des râles de congestion pulmonaire dans toute la hauteur du poumon droit et le lobe inférieur du poumon gauche. Elle semble boire avec plaisir. KBr 6 gr. Léger nuage d'albumine.

8 avril. — Il n'y a plus eu d'attaque.

Tm. 38°. Ts. 38°4. Même état.

9 avril. — Tm. 37°8. La malade commence à comprendre les questions qu'on lui pose, mais à toutes elle répond : « Oui monsieur .»

Le soir T. 38°3. Elle arrive à prononcer quelques mots, comme horloge, crayon.

10 avril. — T. 37°4. La parole est embarrassée, mais la malade se fait suffisamment comprendre ; les râles fins ont disparu en partie et sont remplacés par des râles muqueux. Plus d'albumine.

Le soir, T. 37°. La parole est toujours difficile, la malade pleure et veut s'en aller.

11 avril. — A partir de ce moment la malade est en voie de guérison, la parole revient petit à petit, mais son état mental laisse toujours à désirer. Elle est très indocile, veut s'en aller, refuse de manger et répond par des grossièretés aux paroles qu'on lui pose. L'hémiplégie diminue de jour en jour, la sensibilité revient et le 20 avril la malade quitte l'hôpital. Elle a à cette époque encore un peu de parésie du côté droit, et son état mental est encore un peu affaibli.

Cette observation nous a paru intéressante à cause de la difficulté qu'il y avait à établir le diagnostic différentiel entre l'éclampsie et l'épilepsie lorsque cette malade est entrée à l'hôpital. Les crises du début ressemblaient en effet aussibien à des attaques d'éclampsie qu'à des attaques d'épilepsie, et ce n'est que par les antécédents de la malade et par la marche

des accidents que nous sommes arrivés à nous convaincre que nous avons affaire à une épileptique et non à une éclamptique.

Le début des accidents à l'âge de 8 ans, les crises antérieures en dehors de l'état de puerpéralité, l'absence presque complète d'albumine et surtout le grand nombre d'attaques auxquelles nous avons assisté, 119, du 1<sup>er</sup> au 5 août, paraissent nous suffire pour le diagnostic suivant : Etat de mal épileptique survenu pendant la grossesse et ayant provoqué l'accouchement.

**Discussion.** — M. GUÉNIOT demande quelle était la quantité d'urine excrétée.

M. PORAK. — La femme urinait sous elle, il n'était pas possible de recueillir d'urine. Sous l'influence de l'état du mal, un nuage d'albumine a paru dans les urines et aurait certainement contribué à rendre le diagnostic plus difficile si nous n'avions pas assisté au début des accidents.

M. CHARPENTIER demande quelle a été l'influence de la grossesse sur l'épilepsie et de cette dernière sur la grossesse.

M. PORAK répond que la malade avait des crises en dehors de la puerpéralité. L'accouchement a eu lieu prématurément.

M. CHARPENTIER rappelle que l'influence de l'épilepsie sur la grossesse et réciproquement est aujourd'hui encore très discutée. Il a vu deux cas de mal épileptique chez des femmes enceintes. Dans le premier cas, il s'agissait de la femme d'un pharmacien, qui, la nuit de ses noces, au premier rapprochement sexuel, eut un accès d'épilepsie. Elle devint enceinte, elle eut plusieurs attaques, mais la grossesse arriva cependant à terme et se termina par l'expulsion d'un enfant vivant. Trois ans plus tard, nouvelle grossesse. Pendant cette seconde gestation, les accès furent très fréquents, devinrent subintrants, il y eut des accidents de méningo-encéphalite et la malade mourut à 4 mois 1/2, sans avoir été délivrée. Dans ce cas, la grossesse semble avoir eu une influence désastreuse sur l'épilepsie.

M. PORAK. — On admet habituellement que contrairement à l'hystérie l'épilepsie n'est pas modifiée par la grossesse et que l'accouchement ne provoque pas la crise, que l'influence de

l'épilepsie sur la grossesse est nulle. Dans notre observation l'état du mal épileptique a provoqué l'accouchement prématurément.

M. CHARPENTIER. — Le mal épileptique semble présenter une certaine analogie avec l'hystérie. Mais il y a un signe qui permettra toujours de faire le diagnostic, c'est la présence de l'albumine dans les urines.

M. E. BAILLET. — **Amnésie post-éclamptique.** — La femme Alphonsine X., passementière et concierge, est entrée, le 22 novembre 1893, à la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

*Antécédents héréditaires.* — Père alcoolique, mort de tuberculose pulmonaire.

Mère bien portante, sans tare nerveuse.

Une de ses tantes est morte au cours d'une éclampsie survenue après un avortement de 5 mois.

Onze frères et sœurs, cinq sont vivants, d'une bonne santé; six sont morts dans la première enfance et l'un d'eux a été pris de convulsions pendant sa première dentition.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie antérieure.

Troubles digestifs légers de temps en temps, suivis de vomissements bilieux et de douleurs dans la région hépatique. Jamais d'ictère.

Premières règles survenues à 14 ans; menstruation régulière d'une durée de 3-4 jours.

Pas d'antécédents nerveux, pas de convulsions à l'époque de la première dentition, pas de stigmates d'hystérie. Intelligence normale, mémoire excellente, caractère doux et égal.

Dernières règles le 18 mars 1893. La grossesse évolue normalement.

Dans les premiers jours de novembre quelques troubles digestifs apparaissent — nausées, vomissements — bientôt suivis d'œdème des membres inférieurs et ensuite des membres supérieurs.

En même temps surviennent des troubles de la vue, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, de la céphalée, enfin des douleurs dans la région lombaire. Ces phénomènes augmentent peu à peu d'intensité et le 21 novembre, à 8 heures du soir,

éclate la première attaque d'éclampsie. D'autres crises se succèdent à 1/4 d'heure d'intervalle, au nombre de 24, de 8 heures du soir à 2 heures 15 du matin, heure de son entrée à l'hôpital.

La malade à son entrée est dans le coma.

Treize attaques d'éclampsie dans les 7 heures qui suivent.

Accouchement à 9 heures 15 d'un enfant macéré en position O. I. G. A.

Délivrance normale.

Quatre nouvelles crises surviennent de 9 h. 15 du matin à 9 heures du soir.

22 novembre. — Température 37°6. Pouls 72.

Urines, 500 gr. contenant 24 gr. d'albumine.

Régime lacté exclusif, aucune administration de médicament.

23 novembre. — La malade prononce quelques mots et accuse un besoin exagéré de mouvement.

Etat saburral de la langue très marqué; fonctions digestives normales.

Température 38. Pouls 80. Urines 500 gr. Albumine 16 gr.

Du 24-30. — L'urine s'accroît progressivement de 1,500 à 2,500 gr.

L'albumine décroît progressivement de 13 à 0 gr. 50.

L'agitation augmente vivement le 24; le visage est vultueux et l'intelligence confuse.

La malade ne reconnaît pas son mari qui lui rend visite chaque jour; elle demeure indifférente quand celui-ci lui décline sa qualité.

Elle ne prononce que quelques paroles, mais résiste vigoureusement aux personnes qui s'opposent à sa descente du lit ou l'obligent à s'y replacer.

Pendant 6 jours, ce besoin de mouvement persiste, l'insomnie est à peu près complète.

Pas d'hallucinations visuelles, ni auditives.

Pas d'illusions sensorielles, ni mentales.

Pas de désordres d'ordre affectif ni passionnel.

La langue présente sur son bord droit une ulcération longue de 2 centim., l'haleine est fétide, remplissant la chambre d'une odeur d'œufs pourris.

La température oscille entre 37°6 et 38°6.

Le pouls tombe de 94 à 80 et remonte le 29, la veille de la détente, à 108.

30 novembre. — L'agitation a beaucoup diminué, visage plus calme, intelligence moins confuse. La malade reconnaît son mari.

Sommeil de quelques heures. Pouls 112. Température normale.

Les jours suivants, l'urine semaintient à 2,500 gr., l'albumine à 0 gr. 50.

Le 2 décembre, éruption de papules rosées, circulaires, indolores, au niveau des articulations de la hanche, du coude et à la face dorsale des mains. Cette éruption a disparu le 5 décembre.

6 décembre. — Etat général excellent, plus d'albumine.

La malade n'a conservé aucun souvenir de son état du 21-30 novembre. Il est impossible de provoquer ce souvenir en lui rappelant ses actes.

Elle s'intéresse à tout ce qui se passe autour d'elle, répond clairement aux questions qu'on lui pose. En un mot, son intelligence est complète, mais sa mémoire est fort obscurcie.

Non seulement elle n'a conservé aucun souvenir de son état du 21 au 30 novembre, mais elle est incapable de dire en quel jour de cette semaine, à quelle date, en quel mois, en quelle année elle vit. Elle a oublié son âge, l'époque de ses dernières règles, le nom de la rue et le numéro de la maison qu'elle habite. Elle ne se rappelle ni le nom, ni l'adresse des patrons pour qui elle travaille dans sa loge de concierge.

Elle ne peut citer le nom d'aucun de ses locataires.

Aucun souvenir ne lui reste des circonstances qui ont précédé son entrée à l'hôpital où elle a paru fort étonnée de se trouver.

Cette amnésie s'étend à tous les faits de l'année 1893. L'indication des principaux événements et des principales fêtes de l'année ne provoque aucun souvenir.

Par contre, elle a conservé nettement la mémoire des faits antérieurs à son mariage dont elle cite la date, en décembre 1892; elle fournit complaisamment des détails sur la cérémonie, sur le nombre et la qualité des invités et répond très correctement à des questions élémentaires d'arithmétique et de géographie.

Jusqu'à la fin du mois son mari lui fait de fréquentes visites et lui rappelle avec soin les faits de l'année. La malade conserve

certaines de ces souvenirs, quelques-uns d'entre eux ne lui paraissent pas nouveaux, si bien qu'elle manifeste un désappointement de ne pas les retrouver d'elle-même.

*3 janvier.* — Elle retourne chez elle, reconnaît tous ses locataires et les désigne par leur nom, bien que son mari ait cessé de les lui rappeler depuis plus de huit jours.

Cependant les lacunes de sa mémoire sont encore nombreuses, car elle s'étonne d'avoir pour voisins des personnes qu'elle avait connues avant son séjour à l'hôpital; elle recherche aussi des objets de ménage dont elle s'est débarrassée au cours de l'année 1893.

*10 janvier.* — Depuis sa sortie de l'hôpital notre malade est inhabile à préparer certains aliments et surtout les sauces. L'aide d'une voisine lui est indispensable pour faire sa cuisine. Cependant, elle a repris d'elle-même son métier de passementière qui lui est aussi familier et aussi facile qu'autrefois.

Son amélioration est peu sensible; les souvenirs réacquis sont conservés imparfaitement et mal localisés dans le temps. Aucune de ses acquisitions n'est personnelle, toutes sont dues aux entretiens constants du mari.

*8 mars.* — Depuis deux mois, Joséphine X. vague à ses occupations journalières, sans troubles d'aucune sorte, ayant retrouvé ses anciens talents de cuisinière, connaissant le nom de tous les objets qui l'entourent et des locataires de sa maison, rappelant les détails de son séjour à l'hôpital à partir de la première semaine de décembre, le nom de la sage-femme et des infirmières qui l'ont soignée.

Un interrogatoire minutieux montre que tous les faits antérieurs à l'année 1892 et postérieurs à la première semaine de décembre de la même année sont conservés d'une manière précise. Mais l'amnésie concernant toute la période intermédiaire n'est pas sensiblement modifiée. De cette période d'obscurité complète, quelques dates et quelques faits surgissent en bloc, sans détails, grâce aux soins persévérants du mari. C'est ainsi que la malade se souvient d'être allée à l'Opéra-Comique peu de jours avant son entrée à l'hôpital et malgré le récit qu'on lui en a fait à plusieurs reprises ne connaît de la pièce que le nom.

De même encore en lisant un article du journal qui décrivait le cortège de la mi-carême dernière elle s'est brusquement sou-

venu d'avoir vu la même fête l'an passé, nul détail n'en a été conservé.

Nous publions cette observation sans la commenter parce que nous voulons la poursuivre et nous en servir ensuite pour étudier les amnésies post-éclamptiques de longue durée.

**Discussion.**— M. PORAK.— L'observation de M. Baillet est intéressante. On pourra la rapprocher utilement de deux autres observations, provenant de mon service et qui ont été communiquées ici même par M. Touchard à la fin de l'année 1892.

M. LOVIOT. — **Erythèmes scarlatiniformes desquamatifs généralisés à répétition d'origine puerpérale.**  
— Le 18 décembre 1892, le D<sup>r</sup> X. me pria de voir avec lui une de ses clientes atteinte d'infection puerpérale, Mme L., accouchée le 29 novembre, c'est-à-dire depuis 19 jours. Je trouvai Mme L. en très mauvais état : fièvre intense, coloration terreuse des tissus, lochies brunâtres et fétides, obnubilation intellectuelle, sans tympanisme abdominal et sans douleur localisée en aucun point. Voici ce que j'appris : Mme L., 23 ans, d'une bonne santé habituelle, réglée à 12 ans et bien réglée depuis (2 ou 3 jours) — ayant eu une fièvre typhoïde peu après l'établissement des règles — primipare, avait accouché le 29 novembre 1893, pas tout à fait à 8 mois de grossesse, d'un garçon vivant pesant 4 livres 1/2, mort le 5<sup>e</sup> jour de faiblesse congénitale. Le travail avait duré de 9 h. 1/2 du soir à une h. du matin, l'accouchement par le sommet avait été spontané et la délivrance avait eu lieu 1/2 heure après sans difficultés.

Mme L. ne reçut pas d'injection ni pendant le travail, ni après l'accouchement, et fut soignée par sa belle-mère qui lui fit ultérieurement des injections antiseptiques.

Les premiers jours qui suivirent l'accouchement se passèrent assez bien. Vers le 5<sup>e</sup> jour une perte sanguine utérine assez abondante eut lieu avec expulsion de quelques débris membranueux. La parturiente avait de la fièvre. Elle fut de plus en plus mal pendant la quinzaine qui suivit, malgré des injections antiseptiques vaginales et un traitement interne.

Le soir du 18 décembre, jour où j'avais été appelé, je pratiquai avec l'aide de mon confrère le curetage utérin. Mme L. se

trouva bien de cette intervention tardive, à la suite de laquelle la fièvre ne tomba que progressivement et l'état général ne s'améliora qu'avec une extrême lenteur. Mme L. dut rester couchée pendant 2 mois 1/2, jusqu'au commencement de mars. Aujourd'hui elle est complètement rétablie, mais non sans avoir présenté pendant l'année qui a suivi son accouchement une série « d'érythèmes scarlatiniformes généralisés précédés de prurit, s'accompagnant de fièvre, de troubles digestifs et de malaise général dans les 3 ou 4 premiers jours qui suivaient l'apparition de l'éruption et se terminant par une desquamation lamelliforme d'abord et furfuracée ensuite ». Ces éruptions se sont reproduites 8 fois en un an.

La première fois, ce fut à la fin janvier : la nuit, Mme L. ressentait des picotements sur tout le corps, particulièrement aux mains et dans le dos ; le lendemain elle était toute rouge écarlate. « Je sentais comme du feu sous la peau », nous dit Mme L., en même temps elle avait des nausées et de la fièvre. Cette éruption dura 3 ou 4 jours. En février, époque où Mme L. commença à s'alimenter à peu près normalement, 3 nouvelles éruptions dont 2 en 15 jours. Du 20 mars au milieu de mai, rien. Au mois de mai, nouvelle éruption à la suite du froid. Ultérieurement 2 nouvelles éruptions. La dernière eut lieu le 17 décembre 1893. La desquamation était toujours très épaisse, particulièrement à la plante des pieds, à la paume des mains, les cheveux tombaient et la peau de la tête s'en allait, selon l'expression de Mme L. A la desquamation en lambeaux succédait une desquamation farineuse. A chaque nouvelle poussée 3 ou 4 jours de malaise. Après la desquamation, Mme L. ne souffre plus. Seule la dernière éruption correspondait aux époques menstruelles. Le début par démangeaisons, picotements, avait lieu surtout vers 1 h. du matin et affectait d'abord le dos.

Une seule fois, je relève comme cause occasionnelle un repas de viande de chasse et de poisson.

A aucun moment, Mme L. n'eut d'albumine dans l'urine.

Son retour de couches avait eu lieu 6 semaines après le curetage et ses règles ont eu lieu normalement depuis.

L'hydrargyrisme ne saurait être invoqué, Mme L. n'ayant jamais eu de gingivite mercurielle et n'usant pas de sublimé depuis plusieurs semaines avant la première éruption.



Jamais Mme L., avant cet accouchement, n'avait présenté rien de semblable.

Mme L., que nous avons revue hier, n'a pas présenté de nouvelle éruption depuis celle du 17 décembre. La température que nous avons fait prendre pendant la durée de celle-ci ne s'est pas élevée au-dessus de 37°2, le pouls a battu 130, le soir du 19 décembre, pour descendre bientôt à 100 et 80 battements.

Toutefois, elle a la peau blanche, très sensible, à l'action de l'air froid, du savon, etc. Sous l'influence d'une de ces causes, la région impressionnée se tuméfie aisément. Le froid du pourtour du bidet œdématisait rapidement les surfaces en contact. Comment interpréter ces phénomènes. Nous croyons que chez Mme L. le tégument externe a été la principale voie d'élimination du poison puerpéral et que c'est à l'irritation produite par ce poison qu'il faut attribuer les éruptions scarlatiniformes et les desquamations consécutives.

En effet, au moment où nous avons pratiqué le curetage, l'organisme était déjà imprégné d'éléments septiques dont la peau est un des importants émonctoires. L'élimination très active de ce côté et le tégument externe de Mme L. présentant peut-être une sensibilité spéciale, nous donnent vraisemblablement la raison des phénomènes que je viens de résumer.

On ne peut invoquer, dans ce cas, une intoxication par le sublimé. M. Loviot pense que cette éruption est le résultat chez cette femme de l'élimination des produits septicémiques par les téguments externes.

**Discussion.** — M. FOURNEL demande si M. Loviot s'est servi d'iodoforme dans son opération. On a vu des éruptions suivre l'emploi de ce médicament.

M. LOVIOT n'a pas employé l'iodoforme.

M. LOVIOT serait heureux d'avoir l'avis de la Société sur le cas d'un nouveau-né aujourd'hui âgé de 12 jours. Cet enfant, qui pèse environ 6 livres, est atteint d'un **céphalomatome** sur le pariétal droit. Pendant le travail M. Loviot a constaté l'ossification incomplète des os du crâne, mais non le céphalomatome. Il a dû faire une application de forceps pour inertie utérine. L'enfant extrait ne présentait pas trace de céphalo-

matome, la tumeur n'est apparue que le 2<sup>e</sup> jour. Aujourd'hui le nouveau-né a 12 jours et le céphalomatome, au lieu de diminuer, a augmenté. Dans ces dernières années, quelques auteurs ont conseillé l'intervention dans de pareils cas. M. Loviot pense que l'expectation est préférable ; néanmoins il désire avoir le sentiment de la Société.

**Discussion.** — M. GUÉNIOT a vu des céphalomatomes de toutes espèces, doubles même et ils ont toujours guéri sans intervention ; celle-ci serait tout au plus justifiée quand l'état général de l'enfant est mauvais et encore dans ce cas, c'est plutôt à l'athrepsie qu'il convient de s'attaquer.

M. CHARPENTIER est absolument de l'avis de M. Guéniot. Les céphalomatomes guérissent tout seuls si l'on n'y touche pas. M. Loviot a semblé faire allusion au forceps comme cause du céphalomatome ; M. Charpentier ne l'admet pas. Cet accident tient à la constitution du tissu osseux. Pour lui, il n'y a aucune relation entre l'application du forceps et l'apparition du céphalomatome.

M. O. MACÉ. — **Galactophorite chez la mère et le nouveau-né.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un cas de galactophorite chez un nouveau-né dont la mère était atteinte, elle aussi, de galactophorite.

Voici, en quelques mots, l'histoire de la mère : La femme B..., 32 ans, secondipare, entre dans le service de M. Maygrier à l'hôpital de la Pitié, le 27 février 1894. Elle y accouche le lendemain d'une petite fille pesant 2,775 gr. L'accouchement s'est passé sans incident.

Il n'en a pas été de même des suites de couches. Dès les premières tétées de l'enfant, on constate l'apparition de nombreuses crevasses sur les deux mamelons, qui ont à l'état normal un aspect franchement mûriforme. Ces crevasses sont soignées au moyen de compresses alcoolisées au 1/5 et l'on recommande à la mère de se laver les bouts de sein avant et après chaque tétée avec une solution boriquée. Ces lavages, aisés sur le sein gauche, sont moins faciles à faire sur le mamelon droit qui fait saillie avec peine et qui dans l'intervalle des tétées s'ombilique.

Rien d'anormal jusqu'au 8 février au soir. Le 8 février, à 9 h.

du soir, série de petits frissons, suivie d'une période de chaleur et de sueur ; la température est de  $39^{\circ}4$ , en même temps que la mère se plaint de malaise, de picotements et de chaleur au niveau du sein droit. On constate alors une trainée de lymphangite partant du mamelon droit et se portant sur une étendue de 6 à 7 cm. en dedans. En même temps on reconnaît au palper, dans la partie inférieure et externe de la glande, deux à trois noyaux dont la pression provoque un mouvement de retrait de la malade. Des compresses de sublimé amènent une amélioration momentanée ; le lendemain matin la température était de  $36^{\circ}8$ . Le 9 au soir et le 10 pendant toute la journée, la malade a de la fièvre. La pression exercée sur les noyaux inféro-externes ne provoque l'issue d'aucun liquide purulent, mais ils sont toujours très douloureux et la malade redoute tout mouvement du sein. Elle croit avoir remarqué un peu de pus en suspension dans le lait qu'elle a tiré.

A la visite du 11 février, la pression ne fait pas sourdre de pus, la lymphangite n'est plus appréciable, la malade n'a plus de fièvre, le sein est donné à l'enfant, malgré la défense qui en avait été faite. Il le prend mal et à la pesée du soir on trouve 40 gr. de diminution et des selles jaunes brônâtres. On prescrit alors de nouveau de supprimer tout allaitement par le sein droit ; l'alimentation de l'enfant se fait par le sein gauche et le lait stérilisé.

Le 11 au soir, à 9 h., en pressant sur la base du mamelon droit, je fais sourdre du pus mélangé à du lait et il commence à se former autour des noyaux inféro-externes une induration en masse qui fait craindre la formation d'un abcès du sein. Des compresses de sublimé sont appliquées et l'expression est continuée, mais sans conviction à ce moment. On fait cependant toujours sourdre une certaine quantité de pus. Le processus nouveau s'accompagne d'une température de  $39^{\circ}$  le 19 et de  $38^{\circ}$  le 20 février au soir.

Malgré nos prévisions, ce traitement a amené la guérison, car la température ne s'est pas maintenue, il n'y a pas eu d'abcès et la mère nous a quittés avec un sein qui ne présentait plus, le 5 mars, qu'une légère induration en bas et en dehors.

J'arrive maintenant au fait le plus intéressant, à celui de la galactophorite chez l'enfant.

L'enfant, que nous avons vu diminuer de 40 gr. le 11 juin, a présenté le 13 février au soir une tuméfaction très accentuée du

sein droit. La glande fait une saillie très nette sur le thorax, la peau a conservé à ce niveau la coloration rosée qu'elle a sur le reste du corps. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. L'expression très modérée du sein fait sourdre par le mamelon un peu de lait mélangé de pus, puis du pus presque pur. Je peux apprécier la quantité de pus sorti en la comparant à trois à quatre fois le volume d'un pois. Des compresses de sublimé sont appliquées sur le sein de l'enfant.

Le 14 juin, matin et soir, les pressions sont renouvelées ; elles donnent issue à la même quantité de pus. Le 15 au matin, il y en a très peu ; le 15 au soir il ne sort plus rien. Le sein est vidé, des compresses sont néanmoins maintenues en permanence pendant quelques jours sur le sein de l'enfant.

L'examen microscopique du liquide, sorti par expression du sein de la mère et de celui de l'enfant, a été fait : il a permis de constater la présence de globules de pus abondants au milieu des globules de lait.

Le 5 mars comme le 28 février, le sein droit présente le même volume que le sein gauche, il n'est pas dur ; la palpation ne révèle en aucun point l'existence de tractus fibreux qu'aurait déterminés dans le tissu cellulaire la suppuration si elle y avait siégé.

Voilà, Messieurs, les observations que je tenais à vous soumettre. Comme M. Budin l'a signalé, la galactophorite simple, pure, peut exister chez l'enfant. Elle est probablement provoquée par l'apport au niveau du sein de l'enfant de germes pyogènes et elle doit se développer avec d'autant plus de sûreté que l'enfant sera un prématuré et que son alimentation aura été défectueuse.

L'infection indirecte du sein de l'enfant par le passage des microorganismes de la suppuration de la circulation sanguine dans les conduits lactifères après ingestion d'un lait contaminé est possible depuis les expériences de Karlinski ; mais je ne crois pas qu'il soit possible dans notre cas d'admettre une infection de cause interne, parce qu'il eût fallu une infection généralisée de l'enfant qui se serait traduite par des troubles gastro-intestinaux, de la température et une chute beaucoup plus considérable du poids en même temps que l'enfant eût mis plus de temps à reprendre son poids antérieur. Il est très probable que dans le

cas que nous avons observé, il y a eu, comme dans la grande majorité des cas infection directe, infection par contact.

La galactophorite de l'enfant peut guérir comme celle de la mère, par l'expression faite comme l'a préconisée M. Budin. Si cette expression n'est pas faite, ou si elle l'est tardivement, la galactophoro-mastite apparaît. Traitée à temps, la galactophorite de l'enfant se conduit comme celle de la mère, elle ne laisse pas de trace de son passage.

**Discussion.** — M. MAYGRIER. — Je voudrais faire quelques remarques à propos de l'observation recueillie dans mon service par mon interne, M. Macé. Trois points me semblent particulièrement intéressants.

Tout d'abord, je ferai remarquer que la mère n'a pas été atteinte de galactophorite simple, mais bien simultanément de galactophorite et de lymphangite. Malgré cette complication, le traitement local de la lymphangite par les lavages et les compresses antiseptiques, et celui de la galactophorite par les pressions exercées sur la base du mamelon ont amené une guérison rapide.

En second lieu, j'attire l'attention sur la galactophorite du nouveau-né. C'est un fait bien connu que les enfants peuvent présenter tous les premiers jours de la naissance une fluxion des mamelles et une véritable sécrétion lactée. Dans ces conditions, on observe parfois l'inflammation de la glande et un abcès consécutif. La galactophorite pure est beaucoup plus rare ; en effet, en dehors de notre observation, je n'en connais qu'un exemple qui ait été publié. Il a été consigné par M. Arbel dans sa thèse, en 1890 ; et encore dans ce cas l'inflammation ne resta pas limitée aux canaux galactophores ; il y eut une galactophoro-mastite qui se termina par un abcès du sein qu'on dut inciser. La galactophorite simple du nouveau-né est importante à connaître et à diagnostiquer, puisqu'elle peut guérir, comme dans notre cas, par l'expression du sein, préconisée par M. Budin chez les femmes atteintes de cette affection.

Le troisième point que je tiens à signaler a trait à la pathogénie. Très vraisemblablement, dans le cas actuel, l'affection du sein de l'enfant a été causée par la maladie du sein mater-

nel, à la suite d'un contact quelconque. Cette étiologie est à retenir ; elle montre qu'on ne doit pas négliger de préserver les seins des nouveau-nés contre tout contact infectieux par des soins antiseptiques, lorsque ces soins sont le siège d'engorgements laiteux. J'ajoute qu'il s'agit là d'une étiologie peu commune, puisque, dans une thèse récente (1893) sur les affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice, M. Damourette ne signale pas la galactophorite du nouveau-né.

M. CHARPENTIER a vu des cas de mammite chez des enfants dont les mères étaient absolument saines. Quelle est, dans ces cas l'origine de l'infection.

M. GUÉNIOT pense que peut-être l'infection peut venir du tube intestinal. Il rapporte à ce sujet le fait suivant. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine pour laquelle fut faite la laparotomie. Le fœtus, qui flottait au milieu des anses intestinales fut extrait bien vivant, il pesait 6 livres. Malgré tout ce qu'on put faire pour l'élever, il ne cessa de diminuer de poids, puis il eut de la diarrhée et enfin mourut le 19<sup>e</sup> jour, après avoir perdu environ 1/5 de son poids. Le placenta en grande partie inséré sur l'intestin.

Or, M. Guéniot se demande si, étant donné ce voisinage, le sang qui arrivait à l'enfant, ne contenait pas de germes ; et il pense que si on eut fait l'examen de ce sang on y aurait peut-être trouvé des coli-bacilles et autres microbes. Pour lui, cet enfant était infecté dès sa vie intra-abdominale.

M. FOURNEL dit que l'infection des seins chez l'enfant peut très bien provenir de son passage dans le canal génital de la mère.

M. BUDIN. — Dans l'observation que vient de lire M. Macé, il y avait, chez la mère, lymphangite et galactophorite. Parfois, la lymphangite rend très douloureux le traitement par expression de la galactophorite.

Quant au mode de contagion l'observation citée dans la thèse d'Arbel est intéressante. En effet, on apprit que l'enfant de la nourrice qui soignait le nouveau-né était atteint d'une conjonctivite assez intense de l'œil gauche. La nourrice le tenait enfermé dans sa chambre sans prévenir personne. La contagion était facile à expliquer.

**M. MAYGRIER. Perforation symétrique des petites lèvres pendant l'accouchement.** — Les lésions vulvaires qui peuvent se produire pendant l'expulsion du fœtus sont bien connues, surtout depuis les travaux de MM. Duncan et de Budin. Les petites lèvres en particulier sont fréquemment le siège de déchirures plus ou moins étendues ; toutefois, leur perforation est relativement assez rare ; c'est à un fait de ce genre que se rapporte l'observation suivante.

Une femme de 24 ans, qu'on peut considérer comme une primipare au point de vue de l'accouchement, puisqu'elle n'a eu antérieurement qu'une fausse couche de 5 mois, arrivée au terme de sa grossesse, entre dans le service d'accouchement de la Pitié, le 1<sup>er</sup> mars 1894, à 1 heure 1/2 de l'après-midi. Elle est en travail depuis 6 heures du matin.

La tête est profondément engagée, et se présente en O. I. G. A. La dilatation marche régulièrement et est complète à 9 h. 45 du soir. A ce moment, la poche des eaux se rompt, et la femme se met à pousser vigoureusement.

En examinant alors la vulve, on constate, du côté des petites lèvres, les particularités que voici. Elles ont un développement anormal ; elles débordent en dehors les grandes lèvres, et en bas, elles se prolongent jusqu'à la commissure postérieure ; elles affectent ainsi la forme de deux volets triangulaires, qui, pendant les efforts de la femme, coiffent la tête fœtale, et se tendent considérablement sur elle.

A 10 heures, sous l'influence d'une contraction énergique, et malgré les efforts de l'élève de garde qui protège le périnée et essaye de s'opposer à la sortie trop rapide de la tête, celle-ci est expulsée brusquement. Les épaules et le tronc se dégagent sans difficulté.

Immédiatement après l'issue du fœtus, du sang s'écoule par la vulve, et comme l'utérus est bien rétracté, on fait un examen minutieux de la région périnéo-vulvaire. Contre toute attente, il n'y a pas de déchirure du périnée ; mais on constate à première vue des lésions de l'orifice vaginal et des petites lèvres, qui sont le point de départ de la légère hémorragie observée. Après une toilette faite avec une solution de sublimé chaude, le sang s'arrête, et on peut alors se rendre un compte exact des lésions vulvaires. En écartant les peti-

tes lèvres, on aperçoit d'abord sur leur face interne une série de déchirures à droite et à gauche ; elles ont l'aspect de fissures qui n'intéressent que la muqueuse, et qui font presque toutes suite à une déchirure de l'hymen ; l'orifice vaginal présente ainsi un certain nombre de solutions de continuité qui s'étendent aux nymphes, comme c'est le cas le plus habituel.

Mais, indépendamment de ces lésions vulgaires, il en existe deux principales, qui siègent à la partie supérieure des petites lèvres, à droite et à gauche : ce sont deux perforations à peu près symétriques, transversalement dirigées ; elles occupent la partie la plus large des petites lèvres, à l'union de leur quart supérieur avec les trois quarts inférieurs. Ces perforations ont un aspect à peu près identique ; celle de gauche est seulement un peu plus étendue. Leur configuration diffère suivant qu'on les regarde du côté cutané ou du côté muqueux de la petite lèvre. Du côté cutané, c'est une fente oblique en haut et en dehors qui s'arrête au niveau du sillon qui sépare la grande lèvre de la petite. Du côté muqueux, la béance est beaucoup plus accentuée, les deux bords de la plaie de la muqueuse s'étant rétractés. En examinant avec soin l'angle interne de la perforation, on voit qu'il est très nettement séparé de l'orifice vaginal par un tissu sain, dans une étendue de un centimètre à droite, et d'à peine un demi-centimètre à gauche. Quant à l'angle externe de la perforation, il est distant du bord libre de la petite lèvre d'un demi-centimètre à droite, de quelques millimètres à gauche.

Il s'agit donc, en résumé, de deux lésions symétriques des petites lèvres, limitées à elles seules, n'ayant pas pour point de départ une déchirure de l'orifice vaginal, et affectant la forme de deux perforations, dont la plus large admet facilement l'extrémité du petit doigt.

Le mécanisme des perforations des petites lèvres a été interprété de la façon suivante par M. Sécheyron (1) ; pour lui, la production de la lésion serait due à la distension des petites lèvres pendant le travail, distension qui ne peut dépasser une certaine limite, sans que les tissus cèdent au point le

(1) De la perforation des petites lèvres. (*Ann. de Gynéc.*, avril 1887, p. 261.)



plus faible. D'autre part, M. Budin (1) a montré que le mécanisme de la perforation pouvait être tout différent, et que le plus souvent elle n'était autre chose qu'une déchirure partie de l'orifice vaginal, qui s'étendait à la petite lèvre, et se terminait avant d'avoir atteint son bord libre.

Deux mécanismes sont donc possibles, et le second est incontestablement le plus fréquent. Dans notre observation toutefois, comme dans un autre fait rapporté par M. Bar à la Société de médecine pratique en 1888, et dans lequel une seule des petites lèvres était intéressée, la lésion est nettement indépendante de toute déchirure de l'hymen. Dans ces cas, le mécanisme invoqué par M. Sécheyron est donc très vraisemblable ; j'ajouterai qu'il a dû être singulièrement favorisé chez ma malade par le fait de la conformation spéciale de ses petites lèvres, développées d'une façon exagérée.

La réunion de ces sortes de lésions est d'habitude assez difficile à obtenir, à cause de la fragilité des tissus d'une part, et aussi de leur élasticité qui maintient écartés les bords de la déchirure. L'application de serres-fines faites chez la femme qui fait le sujet de cette observation n'a amené qu'une réunion incomplète.

Revues plusieurs jours après l'accouchement, les deux perforations persistaient, cicatrisées sur tout leur pourtour, et parfaitement indolores.

**Discussion.** — M. BUDIN. — M. Sécheyron avait admis que ces déchirures étaient le résultat d'une surdistension des petites lèvres. Alors qu'il était interne de M. Budin, ils ont examiné ensemble avec soin les femmes atteintes de ce genre de lésion et toujours ils ont vu que la déchirure partait de l'orifice vaginal. Mais il n'est pas douteux que la déchirure peut ne point partir de cet orifice.

M. DUMONT (de Tourcoing). — **Contribution à l'étude des rétentions placentaires dans l'avortement. — 2 cas de septicémie grave traités par le curettage. — Guérison.** — 1<sup>re</sup> Obs. : Mad. R., ménagère, 37 ans, de constitution robuste, fut réglée pour la 1<sup>re</sup> fois à 17 ans, la menstruation s'établit en-

(1) *Progrès médical*, 2<sup>e</sup> série, t. VI, p. 331, 1887.

suite très régulièrement tous les mois pendant 7 à 8 jours, mais elle était précédée de douleurs pendant un ou deux jours ; le sang était rendu en quantité assez considérable et en caillots. La première grossesse remonte à 9 ans, l'accouchement se fit normalement, mais les suites de couches furent mauvaises : le 3<sup>e</sup> jour, les lochies devinrent extrêmement fétides avec frissons et fièvre et le médecin retira alors, me dit-on, quelques fragments putréfiés de membrane ou de placenta ; elle se leva quelques jours après et reprit ses occupations. Trois ans après elle accoucha de deux jumeaux ; la grossesse avait été des plus pénibles à cause de violentes douleurs que la femme ressentait dans le flanc gauche, depuis l'accouchement précédent ; ces douleurs existaient en tout temps, mais avec exaspération dans les rapports conjugaux.

Elle se leva au bout de 7 jours. Dans les deux cas, elle nourrit ses enfants.

Après le second accouchement, les règles se reproduisirent d'une façon très irrégulière, tous les 15 jours, toutes les 3 à 4 semaines jusqu'à l'année dernière. Elles redevinrent alors assez régulières, mais très abondantes et, toujours suivies, pendant 8 jours, de douleurs très vives dans le bas-ventre et les reins. En dehors des règles ces douleurs existaient également, elles apparaissaient spontanément ou sous l'influence de la fatigue, de la marche surtout ; elle était obligée alors de se courber en deux ; le repos au lit les atténuait. Presque continues, elles étaient très vives pendant les 8 jours qui suivaient les règles, pour devenir supportables le reste du temps.

Leur siège était dans les reins et surtout dans le bas-ventre. Les écoulements intermenstruels se composaient de flueurs blanches très abondantes, souillant parfois le parquet, tachant la chemise en jaune sale et mêlées assez souvent de glaires sanguinolentes. Pas de constipation, ni de dysurie, un peu de ténesme vésical et anal.

L'état général est bon, elle n'a jamais été malade et souffre seulement de quelques troubles digestifs, paresse stomacale avec éructations.

En août et en septembre 1893, ses règles se montrèrent comme à l'ordinaire ; le 10 octobre elle ressentit subitement dans le bas-ventre, des douleurs expulsives, analogues à celles de son accou-

chement ; puis les règles, dit-elle, apparurent, et tout rentra dans l'ordre.

Cependant son appétit, ordinairement modérée, prenait des proportions inusitées ; elle n'était jamais rassasiée, faisant 6 à 7 repas par jour, et au lieu de prendre l'embonpoint elle maigrissait et pâlissait de plus en plus. En outre, des picotements se montraient dans les seins, accompagnés de gonflement et de tension.

Le 14 octobre, à la suite d'une vive contrariété, survirent, au milieu de la nuit, de nouvelles douleurs dans les reins et le bas-ventre ; à quatre heures du matin, elle perd « une flaque » de sang, puis plus rien jusque 7 heures. A 7 h. 1/2 elle descend : alors survient une hémorrhagie considérable ; elle croit que ce sont les règles qui viennent « très fort », ne s'en préoccupe pas et reste assise.

C'est en cet état que je la trouve à 10 h. 1/2. Elle me donne les détails précédents, m'assure qu'elle n'est pas enceinte, mais ajoute que dans son dernier accouchement, les règles ont continué à se montrer pendant les deux premières époques.

Un examen rapide montre l'utérus hypertrophié, atteignant presque le niveau du pubis, le col ramolli, entr'ouvert ; la femme gît littéralement dans un amas de caillots, au milieu desquels je découvre le fœtus. La tête énorme, formant plus du tiers du corps, la distinction très nette du bras et de l'avant-bras, de la cuisse et de la jambe, indiquaient qu'il s'agissait d'un fœtus de huit semaines environ. Pas de trace de l'œuf.

L'hémorrhagie durait depuis trois heures consécutives ; aussi la malade était-elle d'une pâleur extrême, presque sans pouls, en imminence de syncope d'autant plus probable qu'elle était assise. Je prescrivis : repos absolu en décubitus dorsal, tête basse ; injections d'eau phéniquée très chaude. Café alcoolisé.

Une demi-heure après je reviens ; la pâleur est encore plus prononcée ; je ne sens plus le pouls ; des sueurs froides se montrent sur le visage ; accompagnées de bâillement et de tendance invincible au sommeil ; je la voyais mourir sous mes yeux. Coup sur coup je fis 3 injections sous-cutanées d'éther de 1 cent. cube chacune ; je place la malade en position obstétricale et le spéculum étant appliqué, je posais 8 à 10 gros tampons d'ouate phéniquée, sur le col et dans les culs-de-sac. Le pouls revient, puis remonte un peu et une 1/2 heure après, les battements redeve-

naient bien frappés, en même temps que l'état général se relevait. Champagne glacé, bouillon froid.

Dans l'après-midi, je fis deux nouvelles injections d'éther, j'enlevai les tampons, après cathétérisme de l'urèthre, comme l'hémorrhagie se reproduisait, je réappliquai un second tamponnement.

15 octobre. — Les tampons étant enlevés, je fais une injection intra-utérine avec la sonde à double courant de mon maître, M. le docteur Budin. Je fais passer deux à trois litres d'eau phéniquée chaude, le tout suivi d'un tamponnement d'ouate phéniquée dans le vagin. A midi et à six heures, même traitement.

16 octobre. — L'hémorrhagie paraît s'arrêter, température 37°; pas de vomissements, pas de diarrhée, mais une céphalalgie extrêmement pénible. Traitement de la veille à 3 reprises différentes. Vers le soir, frissons répétés, on ne parvient pas à réchauffer la femme.

Le 17 et le 18 octobre, l'état général devient de plus en plus mauvais, le thermomètre est à 40°, la céphalalgie a encore augmenté; langue saburrale, ballonnement du ventre avec douleurs à la pression; l'hémorrhagie recommence, je fais encore un tamponnement.

Le 19 octobre, voyant que la situation devenait critique, qu'il y avait décollement partiel du placenta, en même temps que rétention avec septicémie; que la malade était à bout de forces, du fait de son hémorrhagie initiale, de ses hémorrhagies consécutives et surtout de l'infection généralisée, je crus bien faire en pratiquant le curettage. Antisepsie plus rigoureuse encore, position obstétricale, pas de chloroforme, curettage à la curette mousse après redressement préalable du col par la pince de Museux. Grattage du fond de l'utérus et d'une grande portion de la muqueuse. Expulsion de lambeaux de placenta volumineux, sphacelés, à odeur infecte. Injection intra-utérine détersive, tamponnement intra-utérin et vaginal à la gaze iodoformée.

Le lendemain  $T = 39^{\circ}$ , même pansement; le surlendemain  $T = 37^{\circ}5$ , température qui depuis n'a jamais été dépassée.

Dès le lendemain de l'opération, cette femme se sentait renaitre à la vie, l'hémorrhagie ne se reproduisit plus et tous les symptômes s'amendèrent petit à petit. La convalescence fut très longue, et deux mois après l'intervention, l'anémie était telle qu'il fallait deux personnes pour l'aider à marcher. Quinze

jours après l'avortement se produisit une complication signalée dans les auteurs comme consécutive parfois aux hémorragies graves : cette femme perdit subitement la vue, elle ne distinguait même plus la garde-malade ; cette amblyopie par anémie de la papille dura jusqu'au commencement de février 1894. Elle s'accompagnait de strabisme avec diplopie, par paralysie des moteurs oculaires. Actuellement (février 1894) le strabisme a disparu, il persiste un peu de diplopie, mais toute lecture lui est absolument impossible.

Les règles sont revenues à deux reprises différentes en janvier et en février, sans douleurs, sans caillots, le sang est liquide et très pâle. Quant aux douleurs du bas-ventre, des flancs et des reins, elles ont totalement disparu depuis le curetage.

2<sup>me</sup> OBSERV. — La femme D..., âgée de 30 ans, et de constitution robuste, partant à son travail le 20 juillet 1893, à 5 heures du matin, est prise subitement d'une hémorrhagie utérine telle, qu'elle est obligée de s'arrêter en chemin et de se faire conduire chez elle en voiture. A neuf heures je la vois dans son lit, au milieu de flots de sang ; la face est d'une pâleur de cire et des syncopes se déclarent au moindre effort. La palpation abdominale permet de reconnaître que l'utérus remonte à deux travers de doigts au-dessus du pubis comme dans une grossesse de trois mois environ ; le col est ramolli, entr'ouvert suffisamment pour permettre l'introduction de la première phalange de l'index.

Cette femme m'explique que ses règles ont cessé depuis 3 mois, mais que depuis son dernier accouchement, remontant à 5 mois, elle a toujours souffert. L'accouchement s'était fort bien passé, sans aucun incident ; les lochies avaient été sans odeur, mais s'étaient brusquement arrêtées deux jours après la délivrance ; huit jours après cet arrêt subit, étaient apparues les premières douleurs, au niveau des flancs et des lombes de chaque côté. Les premières règles étaient arrivées à 13 ans ; elles revinrent ensuite irrégulièrement toutes les 5 à 6 semaines, pendant un ou deux jours seulement, et s'accompagnaient de vives douleurs.

Un tamponnement fut immédiatement improvisé, repos en décubitus dorsal. Grog froid, café. Vers deux heures le mari vient me trouver et m'avoue confidentiellement que sa femme était allée consulter un médecin, au sujet des douleurs qu'elle ressen-

tait et pour savoir si elle était enceinte. On aurait répondu qu'il n'y avait pas de signes de grossesse, mais bien congestion de la matrice et qu'il fallait venir se faire électriser cet organe tous les deux jours. Ces électrisations furent faites pendant 15 jours ; la dernière séance avait eu lieu le 18 juillet, deux jours avant l'avortement.

Vers trois heures, le poulx se relevait, et l'état général était meilleur. J'enlevai les tampons, le col était presque complètement dilaté, et l'hémorrhagie était arrêtée. On sentait le placenta faire saillie hors du col, le spéculum permettait même de l'apercevoir ; à droite on voyait les restes du cordon ombilical, du diamètre d'une plume d'oie, et rompu au niveau de son insertion fœtale. Pas de traces du fœtus, qui avait probablement été entraîné dans l'hémorrhagie. Me rappelant les leçons de mon maître, M. le docteur Budin, je me garde bien d'en provoquer l'extraction, tout en étant décidé à intervenir énergiquement à la première menace de septicémie. Injections phéniquées vaginales toutes les 4 heures. Repos complet en décubitus dorsal.

21 juillet. — Le lendemain à 5 heures, on accourut me chercher ; la malade était en proie à une crise de suffocation qui disparut au bout de quelques instants. Il existait, en outre de violentes douleurs abdominales, le ventre commençait à devenir ballonné et sensible ; les lochies sont un peu fétides ; température 37°5. Il est impossible de passer à travers le col, obstrué par le placenta, et de faire une injection intra-utérine. Injections vaginales phéniquées toutes les 2 heures. Cataplasmes laudanisés sur le ventre. Friction pommade mercurielle belladonnée.

22 juillet. — Pas d'hémorrhagie, pas de fièvre, les lochies ne sont presque plus fétides ; me méfiant à bon droit, j'ordonnais de continuer les injections plus que jamais.

23 juillet. — Vers le soir, un dimanche, le troisième jour après l'avortement, consécutivement à quelques visites plus nombreuses, peut-être, que de coutume, se produisit un grand frisson subit, qui dura toute la nuit. Les douleurs abdominales, qui avaient diminué, se montrent de nouveau ; le thermomètre est à 38°, les lochies ont peu d'odeur. Quinine. Injections phéniquées.

25 juillet. — Le thermomètre monte à 40°, il y a vomissements, diarrhée, sueurs profuses, délire très prononcé ; je juge

qu'il serait imprudent de plus tarder et, malgré la température élevée, je me décide à faire le curettage. Pas de chloroformisation, col descendu ou plutôt fixé et redressé (Auvard) par une pince de Museux, serrée au dernier cran, sinon la mollesse et la friabilité des tissus la font déraiper. Le curettage permet de ramener des lambeaux de muqueuse putréfiés et des fragments de placenta volumineux, très adhérents et d'une odeur extrêmement fétide. L'hémorrhagie, sans être très abondante, fut néanmoins beaucoup plus considérable que dans les curettages pour lésion organique de l'utérus. Le raclage fut aussi complet que possible, étant donné que dans ces cas où l'utérus est en état de gestation les parois musculaires sont très molles et ne donnent guère plus la sensation de « cri utérin » ; il faut alors la plus grande circonspection pour éviter la perforation de l'utérus. Lavage antiseptique intra-utérin à l'aide de la sonde à double courant, ce qui permet de faire passer au moins quatre litres d'eau phéniquée, et de balayer les derniers débris de placenta, ainsi que les caillots. La cavité utérine est bourrée de gaze iodoformée, de même que le vagin. Potion de Todd au quinquina. Limonade gazeuse. Potion de Rivière.

26 juillet. — Température 38,2. La soirée a été mauvaise ; des frissons violents, faisant trembler le lit, se sont déclarés, accompagnés de délire. La nuit, au contraire fut très calme, sauf un peu de douleur due à la rétention d'urine occasionnée par les tampons.

Le poulx est bon, l'état général se relève, plus de vomissements, la malade est gaie. Après cathétérisme de l'urèthre, j'enlève le pansement intra-utérin et vaginal. Injections phéniquées intra-utérines et vaginales, très peu d'odeur dans les lochies. Même pansement à 3 heures, température 39°.

27 juillet. — Nuit très bonne, température 36,8. Les lochies sont presque sans odeur. La malade demande à manger. Injections intra-utérines et vaginales suivies de tamponnement utérin et vaginal, peu serré.

Même pansement à 3 heures, température 37°.

28 juillet. — Le thermomètre indique 37°, température qui ne sera jamais plus dépassée. Les injections intra-utérines furent faites pendant 8 jours, et les injections vaginales pendant quinze jours. Un mois après, la guérison complète était acquise ; les douleurs des reins et des flancs, qui avaient existé

avant l'avortement, avaient elles mêmes complètement disparu.

Sept mois après la malade a été revue, la guérison s'était maintenue intégralement.

*Réflexions.* — Le mode d'intervention dans le cas de rétention placentaire après l'avortement tend de plus en plus à écarter les moyens violents pour se borner, dans la plupart des cas, à l'expectation antiseptique.

Mais, ainsi que l'ont fait remarquer, M. Budin, dans son traité d'accouchement (1), et M. Audebert (de Bordeaux), dans une revue d'ensemble sur cette question (2), il faut bien distinguer les différents cas qui peuvent se présenter : ces cas peuvent se réduire à trois, nous semble-t-il, exigeant chacun un traitement spécial.

1. Rétention sans septicémie : expectation antiseptique.

2. Rétention avec septicémie légère : Injections intra-utérines et curage digital.

3. Rétention avec septicémie grave : *Curettage avec dilatation.*

I. — Quand le placenta est retenu dans la cavité utérine et qu'il n'y produit aucun accident, les injections antiseptiques vaginales suffisent. Nous venons d'en observer un cas où la rétention, dans un avortement à 3 mois, dura deux mois 1/2 (exactement 78 jours), sans aucune complication ; l'expulsion se fit alors en masse, accompagnée d'une très forte hémorrhagie ; jamais il n'y eut d'élévation de température. Ces cas sont rares, mais même dans les cas ordinaires, où la rétention dure quelques jours, ces moyens suffisent et il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion, très souvent répétée, d'en justifier l'efficacité. C'est d'ailleurs depuis longtemps la pratique de M. Budin et également celle de M. Tarnier et de M. Pinard.

II. — Mais s'il existe des frissons, de la céphalalgie, de l'élévation de température, quelle conduite faut-il tenir ? Deux thèses, soutenues récemment à la Faculté de Paris, l'une par M. Vibert, sous l'inspiration de M. Tarnier ; l'autre par M. Bourgogne, d'après l'enseignement de M. Pinard, concordent absolument sur l'intervention dans ce second cas (3). Il faut introduire la main dans le vagin, puis le doigt dans le col (après dilatation

(1) TARNIER et BUDIN. Traité d'accouchement, p. 505 à 511. Paris, 1888.

(2) AUDEBERT (de Bordeaux). De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive. (Paris, 1891.)

(3) Traitement de la rétention du placenta dans l'avortement. Th. de Paris 1892.



préalable s'il le faut) et chercher à décoller toutes les parties de placenta adhérentes en recourbant le doigt en crochet, pendant que l'autre main appuie sur l'abdomen et maintient l'utérus ; le tout avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. M. Budin, dans ces cas, recommande de recourir aux injections intra-utérines, avec la sonde à double courant, répétées aussi souvent qu'il convient ; intervention suffisante dans la majorité des cas ; l'extraction manuelle étant conseillée seulement en cas d'échec peu probable des injections intra-utérines.

III. — Quand l'infection est généralisée au moment où l'on est appelé ou malgré les soins qui ont été donnés, que les phénomènes généraux sont graves, M. Tarnier est partisan du curettage avec un redoublement de soins antiseptiques.

C'est en nous inspirant de son autorité que nous avons pratiqué deux fois cette opération.

Les deux observations que nous soumettons présentent de très grandes analogies.

1° Dans les deux cas, malgré les injections les mieux faites, la fièvre continua et les symptômes généraux devinrent de plus en plus graves. Nous croyons en trouver la raison dans ce fait que les deux malades étaient presque exsangues et qu'alors l'infection est à la fois plus rapide et plus tenace ; une seconde raison sera donnée plus loin, expliquant l'apparition même de la septicémie.

2° Dans les deux cas, le surlendemain du curettage, la température descend de 40° à 37°, pour s'y maintenir les jours suivants, en même temps que l'état général se relevait d'une façon inespérée.

3° Enfin, dans les deux cas, nous retrouvons dans les antécédents des malades une affection génitale non soignée, provoquant de vives douleurs, et disparaissant après l'avortement par le *fait du curettage* et du repos prolongé.

Le curettage nous paraît absolument indiqué pour les motifs suivants :

Selon Baum, dans les métrites puerpérales aiguës, la muqueuse elle-même est infectée, et les microbes se trouvent dans sa couche la plus superficielle ; il paraît donc logique de gratter toute cette muqueuse et d'en balayer ensuite les germes. M. Péraire (1) aurait même trouvé des bactéries, jusque dans la couche musculaire, mais le fait mérite confirmation.

(1) PÉRAIRE. Des endométrites infectieuses. *Th. de Paris*, 1889.

En outre, si on laisse dans l'utérus des fragments de placenta, on s'expose à voir persister des ilots de caduque plus ou moins étendus, autour desquels pourra s'opérer une prolifération très active de petites cellules, qui provoqueront de l'endométrite (Schroder) (1) indépendamment des hémorrhagies que ces fragments incomplètement décollés pourront occasionner.

Une réflexion pour terminer. En songeant aux accidents génitaux de ces deux femmes (que nous n'avions pas soignées auparavant, ce qui ne nous donne que des renseignements incomplets) nous nous étions demandé si l'on ne pourrait pas attribuer à des lésions génitales, véritables foyers de microbes, la ténacité, et la virulence de la septicémie.

Un récent article très étudié, de M. Prioleau (de Brive), s'inspirant des travaux de M. Jacobs (2), de M. Doléris (3) et de M. Sécheyron (de Toulouse) (4) émet des idées semblables à celles que nous avaient suggérées nos deux observations. « Chez la primipare ayant eu des accidents génitaux ou péri-génitaux quelconques, chez les multipares, qui ont des raisons, de plus, d'avoir gardé de par leurs accouchements antérieurs, des lésions génitales, il est souvent plus à craindre de voir se déterminer des accidents puerpéraux » (5). M. Prioleau cite deux observations, que nous résumons, dont la seconde surtout est tout à fait typique.

1<sup>re</sup> OBS. — Accouchement antérieur il y a 3 ans, avec pelvi-péritonite ayant laissé quelques troubles dans le petit bassin. Nouvel accouchement très lent, forceps; malgré antisepsie une péritonite se déclare 12 heures après, débutant franchement par le petit bassin et enlevant rapidement la malade sans qu'il y ait eu troubles dans les lochies (ni odeur, ni diminution).

2<sup>e</sup> OBS. — Elle se rapproche encore plus des nôtres, car il s'agit également d'un avortement (6).

Femme 18 ans. Troubles génitaux vers 15 ans (dysménorrhée, leucorrhée post-menstruelle). Mariage, douleurs fréquentes, et retentissement péritonéal (ballonnement, fièvre, vomissements).

(1) SCHRODER. *Mal. org. gén. femme*. Trad. Bruxelles, 1886.

(2) JACOBS. (*Arch. de Tocol.*, 1892, p. 376.)

(3) DOLÉRIS. (*Soc. obst. de France*, avril 1892.)

(4) SÉCHEYRON. (*Arch. Tocol.*, janvier 1893.)

(5) PRIOLEAU. Puerpéralité et microbisme préexistant. (*Archives de Tocologie*, 1894, p. 27.)

(6) PRIOLEAU. *Ibid.*, p. 30.

Sept mois après, grossesse, au 2<sup>e</sup> mois, douleurs vives, puis quelques vomissements ; finalement avortement vers le 4<sup>e</sup> mois ; les vieilles lésions péritonéales se réveillent et il se produit de la pelvi-péritonite, avec gonflement douloureux à gauche.

Dans la première de nos observations personnelles nous voyons d'abord apparaître des crises de dysménorrhée, de la puberté, puis une rétention des annexes fœtales au 1<sup>er</sup> accouchement ; des douleurs vives dans le flanc gauche pendant la 2<sup>e</sup> grossesse ; et enfin des lésions manifestes de métrite succédant au second accouchement et ayant évolué sans traitement pendant 4 années, jusqu'à l'avortement.

Dans notre seconde observation les lésions sont moins avancées. Il y a également dysménorrhée avant le mariage ; puis accouchement normal, lochies sans odeur, mais cessant brusquement dès le 2<sup>e</sup> jour ; 8 jours après apparaissent les premières douleurs au niveau des flancs et des lombes de chaque côté ; douleurs très vives et jusqu'à l'avortement elles persisteront. Y a-t-il entre ces faits simple coïncidence, ou relation de cause à effet ? Ces questions sont à l'étude ; comme dit M. Budin, « il faut être très circonspect pour admettre les *infections puerpérales inévitables*, qui existent, mais en proportions très minimes(1). » Une conclusion pratique s'en dégage néanmoins dès maintenant : redoubler de soins antiseptiques et toujours soigner les métrites.

**Discussion.** — M. OLIVIER. — Je demanderais à M. Dumont s'il sait quelle est l'électricité employée dans l'un des cas d'avortement.

M. DUMONT. — Je ne sais pas ; la malade m'a seulement dit qu'elle avait beaucoup souffert.

M. OLIVIER. — Cela ne suffit pas pour nous éclairer. Il est probable qu'on lui a fait une galvano-caustique intra-utérine. Il y a en effet une grande différence au point de vue de la production de l'avortement entre la faradisation intra-utérine et la galvano-caustique : dans le premier cas on l'évite fréquemment, dans le second il est constant. Je pourrai citer à l'appui deux cas que j'ai observés. Dans le premier il s'agit d'une femme de 35 ans qui avait été faradisée au fil fin pendant six semaines par un confrère, alors qu'elle était enceinte sans que l'avortement se produisit, mais qui, malheureusement,

(1) BUDIN. *Soc. obstét. de France*, 25 avril 1892.

avorta à 3 mois sans cause bien appréciable. Je dois ajouter, chose importante, que l'œuf expulsé était vivant, le fœtus était bien développé.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 26 à 27 ans atteinte de métrite catarrhale que je traitais par la galvano-caustique intra-utérine. Je lui avais bien recommandé l'abstention des rapports sexuels ; il est probable qu'elle ne suivit pas mes conseils, car un jour elle me fit appeler en toute hâte, elle venait de faire une fausse-couche de six semaines. Or, trois jours avant j'avais fait une galvano-caustique. Nous ne pouvons malheureusement nous mettre à l'abri de pareils accidents.

M. MAYGRIER pense que parfois on ne prend pas assez de précautions. Il a vu une femme qui, voulant se faire avorter, se fit ainsi électriser. Elle fit une fausse-couche, mais mourut de septicémie. Il est probable qu'on s'était servi d'instruments malpropres.

M. DUMONT. — Voici les seuls renseignements que j'ai pu obtenir : les électrisations auraient été faites avec un spéculum et leur application fut très douloureuse au niveau de l'abdomen ; ce qui indique qu'il s'agissait de galvano-caustie très probablement.

M. BAR. — **Rapport sur la candidature de M. Lauro, de Naples, au titre de membre correspondant étranger** (commission : MM. PORAK, BAR, rapporteur). — M. le Dr Lauro, qui est personnellement connu de plusieurs d'entre nous, et qui a posé sa candidature au titre de membre correspondant de notre Société, est un de nos plus distingués confrères d'Italie. Elève de Morisani, agrégé à la Faculté de Naples, il s'est acquis une juste notoriété par une série de travaux importants qui portent également sur des sujets afférents à la gynécologie et à l'obstétrique.

Parmi ces derniers, je vous signalerai surtout ses études sur le bassin infantile et sur les forces qui le transforment.

Ses recherches sur la luxation congénitale, sur l'hydramnios, et notamment son important traité sur la céphalotripsie, la basiotripsie et la cranioclastie, etc., etc.

Le bagage scientifique de M. le Dr Lauro est donc des plus importants, et nous pensons qu'il constitue le meilleur appui de la candidature de notre confrère.

**Erratum**, page 91. — M. CHARPENTIER. — Au lieu de : Le mal épileptique semble présenter une certaine analogie avec l'hystérie ; remplacer l'hystérie par l'éclampsie.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 12 avril 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

**Sommaire.** — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance. — M. MAYGRIER. — A propos de la communication de M. MACÉ : Galactophorite chez la mère et chez le nouveau-né. — *Discussion* : M. BUDIN.

**Correspondance imprimée.** — Journaux français et étrangers. — Lettre d'invitation au Congrès international des Bains de mer et d'hydrothérapie marine de Boulogne-sur-Mer.

**Ordre du jour.** — *Présentations.* M. OLIVIER : Appareils pour la stérilisation des canules à injection vaginale. *Discussion* : M. BUDIN. — M. BOUSQUET : Relation d'un cas de grossesse quadruple. — M. POITOU-DUPLESSY : Sur un cas d'adhérence anormale du placenta. *Discussion* : MM. MAYGRIER, GUÉNIOT, PORAK, CHARPENTIER, BUDIN, POITOU-DUPLESSY. — M. TOUVENAINT : Sur un cas d'accouchement prématuré dans le cours d'une fièvre typhoïde. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT. — MM. LÉGRY et DUBRISAY : Infection à streptocoque du fœtus par contamination buccale. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, MAYGRIER, CHARPENTIER, BUDIN. — M. OLIVIER : Hémophilie chez une fille de 13 ans, réglée pour la première fois. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, PORAK, PETIT, FRAISE. — M. GENDRON : Rapport sur la candidature de M. KUMMER (de Genève), au titre de membre correspondant étranger.

M. MAYGRIER. — A propos de la communication de M. Macé : **Galactophorite chez la mère et chez le nouveau-né.** — Je désire revenir sur l'observation communiquée à la dernière séance par M. Macé. Je vous avais dit que, consécutivement au traitement employé et consistant dans l'expression du sein, la malade avait guéri. Or, il s'est produit une poussée nouvelle, à la suite de laquelle nous avons assisté à

la formation d'un abcès mammaire. Ne faut-il pas, dans ce cas, mettre cet abcès sur le compte de la lymphangite, qui existait concurremment avec la galactophorite ? N'y aurait-il pas lieu, en présence de cette double complication, de modifier le traitement et de s'abstenir de l'expression du sein ?

**Discussion.** — M. BUDIN. — J'ai déjà fait remarquer que la lymphangite rend très douloureux et peut-être dangereux le traitement de la galactophorite par l'expression.

M. OLIVIER. — **Présentation d'un appareil pour la stérilisation des canules à injection vaginale.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Gentile, fabricant d'instruments de chirurgie, un appareil permettant de stériliser les canules vaginales par l'ébullition dans l'eau ou dans une solution antiseptique et de les conserver à l'état stérile.

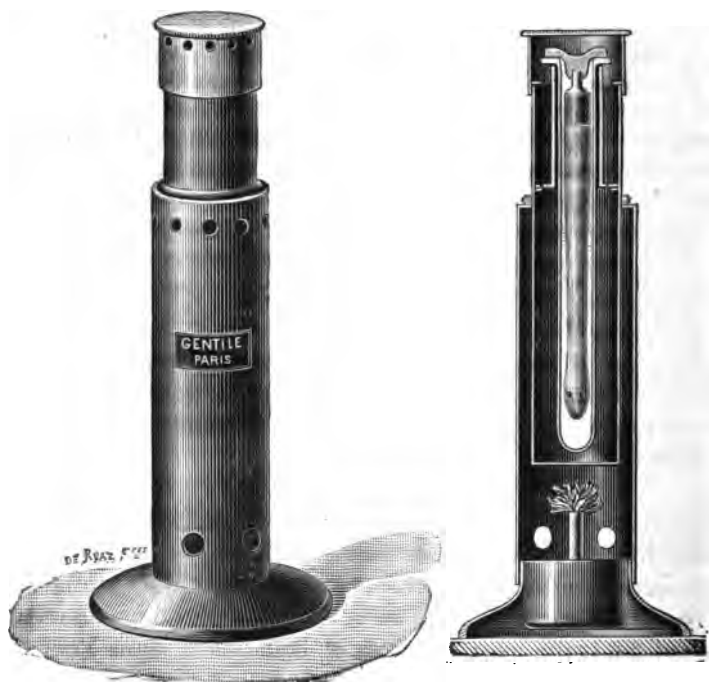


Figure 1.

Cet appareil se compose essentiellement d'un bain-marie en métal, d'un tube en verre à bords plans muni d'un obturateur automatique en caoutchouc, qui contient la canule à stériliser, d'une lampe à alcool et d'une cheminée métallique (Fig. 1).

Lorsqu'on veut stériliser une canule, voici comment on procède : on commence par remplir d'eau à moitié le bain-marie, puis on verse dans le tube en verre, soit de l'eau filtrée, soit une solution antiseptique, acide borique ou sublimé, et on y introduit la canule à stériliser. Si celle-ci est en verre il suffit de recouvrir le tube d'un bouchon automatique ordinaire en caoutchouc ; si la canule est en caoutchouc, ce qui nous paraît de beaucoup préférable, surtout depuis les grandes améliorations qui ont été apportées à leur fabrication, on se sert d'un bouchon spécial en caoutchouc portant à sa partie inférieure un appendice en porcelaine sur lequel on fixe la canule. Cela fait, on introduit le tube de verre dans le bain-marie, qu'on recouvre de son couvercle. Grâce à une collerette métallique, le tube de verre est suspendu dans l'eau du bain-marie, chose importante ; car si le tube reposait sur le fond, il se briserait au cours de l'ébullition. La figure 1 montre bien cette disposition.

Le bain-marie étant ainsi préparé, on allume la lampe à alcool, on la recouvre de sa cheminée, puis on fait pénétrer le bain-marie dans cette dernière ; un rebord saillant l'empêche de pénétrer trop profondément. L'eau entre rapidement en ébullition, ce dont on s'aperçoit par la sortie de vapeur au niveau du couvercle ; vingt minutes après, on peut souffler la lampe, la canule est stérilisée. On laisse les choses en place pendant quelque temps, puis, quand l'appareil est refroidi, on retire le tube de verre du bain-marie, le bouchon se trouve hermétiquement appliqué sur son ouverture présentant même à son centre une dépression notable. (Figure 2.)



Figure 2.

La canule peut alors être conservée indéfiniment aseptique. Lorsqu'on voudra s'en servir, il suffira de luxer légèrement le bouchon pour permettre à l'air de rentrer et à la canule de sortir.

L'appareil, que je viens de vous montrer et de vous décrire rapidement, est destiné au cabinet de toilette des femmes soigneuses de leur santé. M. Gentile en a construit un second qui permet de stériliser 12 canules à la fois. Il se compose d'une marmite en cuivre ou en fer-blanc dans laquelle se trouve un panier percé de douze trous destinés à recevoir les canules et isolé par des pieds du fond de la marmite.

Lorsqu'on veut pratiquer la stérilisation on remplit d'eau la marmite jusqu'à la hauteur de l'origine des canules à peu près, on ferme et on met sur le gaz ; vingt minutes d'ébullition suffisent ; ce modèle est destiné aux services d'accouchement, aux cliniques de gynécologie et au cabinet des gynécologues.

Dans ces appareils M. Gentile a utilisé le système qu'il a employé dans son stérilisateur à lait si répandu depuis les intéressants travaux de M. Budin ; je n'ai pas besoin de vous le décrire ; vous le connaissez tous très certainement, il a fait ses preuves. Vous pouvez donc, en toute sécurité, employer le nouveau stérilisateur, il vous donnera toute satisfaction.

Ceux qui sont à la tête d'un service d'accouchements savent combien il est difficile d'avoir des canules vaginales irréprochables au point de vue de l'antisepsie, combien il est difficile de les conserver aseptiques ; la chose sera des plus simples avec le nouvel appareil. Son emploi s'impose dans les maternités, il s'impose également à toute femme qui veut se mettre à l'abri d'une infection génitale, soit au cours de la parturition, soit en dehors de cet état. Qui de nous n'a eu l'occasion d'observer des femmes atteintes d'affections utérines produites par l'usage de canules vaginales malpropres. Il ne doit plus en être ainsi à l'avenir ; tout laveur vaginal devra être accompagné d'un stérilisateur.

**Discussion.** — M. BUDIN. — Cet appareil est la conséquence de notre stérilisateur du lait. D'ailleurs, l'idée qui a présidé à sa construction est susceptible d'une foule d'applications. Ainsi, dans notre service, nous avons des bouteilles



d'un litre, munies de l'obturateur en caoutchouc, ce qui nous permet d'avoir toujours, à l'avance, de l'eau stérilisée.

M. BOUSQUET (de Marseille). — **Relation d'un cas de grossesse quadruple.** — Si les exemples de grossesse double et même triple sont relativement assez fréquents, il n'en est pas de même de la grossesse quadruple. En effet, d'après Veit, celle-ci s'observe environ 1 fois sur 371,126 accouchements ; d'après Spenyler Ploss, 1 fois sur 181,154 cas ; d'après Sickel, 46 fois, sur 213,330 cas. Susk, enfin, la considère aussi comme extrêmement rare.

Parmi les faits les plus récents, je ne trouve que celui rapporté par Movasse et Witerwulghé dans le *Journal d'accouchements de Liège*, le 30 août 1888, qui présente un intérêt égal à celui que je viens d'observer.

Le 14 septembre dernier, à 9 h. du soir, je fus appelé dans un des principaux hôtels de Marseille, auprès d'une jeune femme qui, au cours de voyage, venait d'être prise de douleurs qui l'avaient obligée de s'arrêter dans notre ville.

Les questions que je posai, m'apprirent que cette dame, âgée de 24 ans, primipare, était mariée depuis 8 mois ; sa grossesse était de même âge.

Le ventre, très développé, était extrêmement sensible, et portait de nombreuses vergetures s'étendant à la partie supérieure des cuisses. Les douleurs, qui s'étaient déclarées en chemin de fer, entre Nice et Marseille, étaient assez rapprochées.

L'auscultation, pratiquée avec soin et à plusieurs reprises, me fit nettement constater la présence de trois fœtus : 122, 135 et 157 pulsations. Le col était effacé et largement dilaté ; le doigt percevait la présence de deux têtes au contact au centre du bassin : l'une en O. I. G. A., l'autre en O. I. D. P. Je supposai que le 3<sup>e</sup> enfant se présentait par les pieds, comme l'indiquaient d'ailleurs les données fournies par la palpation abdominale. Je crus devoir prévenir l'entourage des difficultés probables d'un accouchement se présentant dans de pareilles conditions et je pris mes précautions pour parer à toute éventualité.

Cependant, les douleurs augmentant d'énergie, je ne tardai pas à constater avec satisfaction qu'une des deux têtes, celle qui se présentait en occipito-postérieure, et qui était la plus basse, ten-

daît à s'engager de plus en plus en refoulant la voisine. Mais, parvenue sur le plancher périnéal, le dégagement fut arrêté par la résistance très considérable des parties molles. Je jugeai qu'il n'était pas prudent de laisser se prolonger cette situation, et je saisis avec le forceps cette tête que quelques tractions amenèrent facilement au dehors.

L'enfant était vivant ; du sexe masculin et du volume moyen d'un fœtus de 8 mois. Ayant lié solidement le cordon, je pratiquai de nouveau le toucher pour me rendre compte de la situation de la 2<sup>e</sup> tête ; mais elle avait disparu.

Je sentis alors plusieurs pieds ; il y en avait très certainement trois ; je pus diagnostiquer deux pieds droits et un gauche.

Ma perplexité fut à ce moment très grande. Je n'avais qu'à attendre et à agir suivant les circonstances.

Bientôt un pied, le droit, se présenta à la vulve ; je le saisis et tirai avec précaution, puis, en suivant la jambe, je trouvai et saisis, à son tour, le pied gauche que j'amenai au dehors.

Le fœtus venait en S. I. D. P.

Je dégageai rapidement le bassin, puis une anse du cordon, ensuite les épaules et enfin la tête en occipito-postérieure.

L'enfant était vivant, c'était une fille. Je la remis rapidement à la garde, impatient de savoir comment j'avais pu sentir un 3<sup>e</sup> pied au voisinage d'une tête.

Cette fois-ci je ne perçus aucun membre inférieur, mais la tête que j'avais d'abord touchée à gauche du bassin se rapprochait de la ligne médiane et ne tardait pas à s'engager très vivement à son tour.

J'appliquai le stéthoscope et je comptai de nouveau 122.

Les parois abdominales un peu déprimées et amincies me permirent alors de percevoir en haut et à droite une masse dure et convexe que je reconnus pour une tête : je portai dans cette région mon stéthoscope et j'entendis très nettement de nouvelles pulsations cardiaques dont le nombre était de 152 à la minute.

Je crus pouvoir alors me risquer à annoncer à l'assistance la présence d'un quatrième enfant. Pendant cet examen, le travail avait marché et l'occiput du troisième fœtus apparaissait au détroit inférieur, qu'il ne tardait pas à franchir à son tour.

C'était un garçon un peu plus gros que les précédents et en parfaite santé.

A peine avais-je terminé la ligature et la section du cordon qu'un talon se montrait entre les grandes lèvres.

C'était le quatrième et dernier fœtus qui, en S. I. G. A. était très rapidement et facilement extrait. C'était une fille, la plus petite des quatre, mais vivace et bien conformée.

En raison de la distension énorme des parois utérines et de leur amincissement extrême, je pensai qu'il était prudent d'enfreindre ici les règles habituelles en pratiquant une forte injection sous-cutanée d'ergotine d'Yvon.

Au bout de 20 minutes, l'utérus contracté expulsait, aidé de très légères tractions, une énorme masse placentaire comprenant les quatre placentas réunis par leurs bords : les membranes très minces ne m'ont paru former qu'une seule et même poche.

Malgré ma recommandation, le placenta ayant été jeté, il ne m'a pas été possible de l'examiner de nouveau avec l'attention et le soin qu'il méritait.

Il est superflu d'ajouter qu'un grand lavage intra-utérin a été immédiatement pratiqué avec une solution de sublimé.

Aucun accident n'est venu compliquer les suites très normales de cet accouchement ; il n'y a eu ni hémorrhagie, ni fièvre, la sécrétion lactée a été très abondante et, avec l'aide de trois nourrices, cette jeune femme a pu contribuer d'une façon active à l'allaitement de ses enfants dont j'ai reçu il y a peu de jours encore de très bonnes nouvelles.

Je suis heureux de pouvoir soumettre à la bienveillante attention de la Société obstétricale la relation de ce fait curieux et rare.

**D<sup>r</sup> POITOU-DUPLESSY. — Observation d'un cas d'adhérence anormale du placenta compliqué d'hémorrhagie.** — Dans la nuit du samedi 3 au dimanche 4 mars 1894, vers 4 heures du matin, un jeune Anglais, M. W. H., demeurant boulevard Malesherbes, arrivait très ému chez moi, me priant de me rendre en toute hâte auprès de M<sup>me</sup> W. H., qui venait d'accoucher avec l'assistance d'une sage-femme, et paraissait menacée de périr d'hémorrhagie foudroyante.

Voici, en effet, ce que je constatai à mon arrivée. M<sup>me</sup> W. H. (20 ans), primipare, grande, très brune, d'une belle santé habituelle, est d'une pâleur de cire ; les muqueuses décolorées, pres-

qu'exsangue, par suite de la perte très abondante qu'elle vient de subir. Il y a déjà deux heures, qu'elle est accouchée normalement d'une petite fille de volume moyen, venue par le sommet en première position ; mais la délivrance n'a pu être faite ; la sage-femme, après avoir constaté, par des tractions sur le cordon, la résistance du placenta, a dû renoncer à son extraction et attendre que des contractions utérines plus énergiques en aient achevé le décollement ; elle s'est donc tenue sagement dans l'expectation ; mais après 1 heure 1/2 d'attente, brusquement est survenue une hémorrhagie *presque foudroyante* qui a mis rapidement la jeune femme dans l'état véritablement effrayant où je la trouve. Cependant, à ce moment l'hémorrhagie paraît presque arrêtée ; et le toucher vaginal me fait reconnaître que le placenta décollé en partie, sinon totalement, est tombé sur le col et déjà engagé, une portion faisant saillie dans le vagin. J'estime, au premier abord, qu'il va être relativement facile de dénouer rapidement la situation en faisant la délivrance artificielle.

Comme il n'a été employé jusqu'à ce moment, d'autre antiseptique que l'acide borique qui me paraîtrait fort insuffisant pour une intervention opératoire, je fais d'abord donner deux injections abondantes et très chaudes au sublimé (à 0,25 pour 1,000). Puis, la main et l'avant-bras droit ayant été savonnés au savon antiseptique (à l'Hg.-Cy), et enduits de vaseline boriquée, j'introduis lentement la main dans le vagin, d'abord ; puis, voulant pénétrer dans l'utérus, je constate que l'orifice interne un peu résistant s'est comme contracté spasmodiquement sur la portion placentaire engagée, et je suis tout d'abord porté à attribuer à ce léger degré d'enchâtonnement, la résistance à la délivrance, résistance que je crois pouvoir facilement surmonter.

Continuant donc à cheminer lentement, je dilate l'orifice interne assez complètement pour pouvoir introduire la main tout entière jusqu'au fond de l'utérus ; mais là se présente la difficulté que je n'avais pu prévoir. En voulant opérer avec l'index, le décollement de la partie du placenta encore adhérente je m'aperçois que son adhérence au tissu utérin est intime, et après en avoir décollé, non sans peine, une très faible portion, je crois prudent de m'arrêter, en présence d'une résistance qui me fait craindre, si je persiste dans mes tentatives, de produi-

une *déchirure ou une rupture de l'utérus*. Comme, en ce moment, il n'y a plus d'hémorrhagie, qu'une notable portion de la masse placentaire engagée dans le col suffit à en maintenir l'ouverture, j'estime que la prudence me commande de nouveau l'expectation ; je retire donc ma main lentement, sans rien extraire, et, comme la mère et le mari de la jeune femme paraissent anxieux et surpris du résultat négatif de cette première intervention, je leur explique les motifs de ma détermination.

Cette nouvelle période d'expectation se prolonge de 5 heures du matin à 8 heures ; 3 longues heures, pendant lesquelles, j'ai mis en œuvre les divers moyens propres à réveiller les contractions utérines pour activer le décollement placentaire (sauf, bien entendu, l'emploi de l'ergot qui eût été complètement contre-indiqué). J'ai fait, à trois reprises, des injections aseptiques abondantes et très chaudes (48 degrés). J'ai mis en œuvre également la pratique de l'*expression utérine* telle qu'elle a été recommandée par Crédé, qui a eu le tort, à mon avis, de vouloir en faire une règle générale applicable à tous les cas. J'ai enfin, à deux fois, tenté à nouveau l'extraction, en saisissant entre deux doigts la portion placentaire saillante dans le vagin ; mais, toujours, j'étais arrêté par une résistance, montrant que le décollement n'était pas complètement achevé.

Il est à la vérité un procédé que je n'ai pas utilisé ce jour-là, bien qu'il m'ait donné dans d'autres circonstances d'excellents résultats ; c'est celui de l'injection d'eau froide dans la veine ombilicale, qui a été imaginée par Maujon et recommandé par Stoltz et Hatin, et que je me rappelle avoir, il y a 20 ans, mis en œuvre avec succès, alors que je dirigeais la Maternité de l'hôpital de Rochefort.

Tant que l'hémorrhagie ne se renouvelait pas, l'expectation était sans inconvénient, et j'étais bien décidé à attendre, avec patience, aussi longtemps qu'il le faudrait, plutôt que de risquer sans nécessité une nouvelle intervention manuelle, un *décollement par force*, dont M. Charpentier dit avec raison, dans son ouvrage, qu'il constitue, effectué dans de semblables conditions *une des plus délicates opérations obstétricales*.

Mais, dans la pratique, on est obligé de se régler sur les circonstances, et vers les 8 heures du matin, une nouvelle réapparition de l'hémorrhagie vint mettre un terme à mes hésitations

Certes, cette nouvelle hémorrhagie était peu considérable ; mais la jeune femme était déjà tellement affaiblie qu'il me parut nécessaire d'en finir.

J'introduisis donc, de nouveau, ma main *tout entière* jusqu'au fond de l'utérus (plus de la moitié de l'avant-bras, étant dans le vagin) ; ma main gauche soutenait le fond de l'organe ; avec d'excessives précautions je promenai, en rasant doucement les surfaces, les doigts recourbés en crochets, entre le placenta et la paroi utérine, sentant peu à peu sous l'action de mes doigts, les adhérences se rompre, et le placenta se détacher. Je croyais toucher au but ; je me rendais compte qu'il ne restait plus qu'une très petite surface adhérente, lorsque je sentis également une *résistance plus forte* et que mes doigts ne pouvaient vaincre. A ce moment, je l'avoue, j'éprouvai une angoisse pénible ; je voyais les regards anxieux du mari et de la mère fixés sur moi ; je lisais sur leur visage leur mortelle inquiétude ; je sentais la nécessité absolue d'en finir, car l'hémorrhagie eût amené la mort de la patiente, et cependant je ne pouvais courir le risque, en voulant *décoller quand même*, de produire une rupture utérine. Je me décidai alors à reporter mon index un peu plus en avant, dans le tissu mou du placenta, à déchirer celui-ci, de façon à l'extraire après avoir circonscrit et laissé adhérent à l'utérus le cotylédon isolé siège de cette résistance exagérée ; ceci fait, et en retirant ma main à demi recourbée, je ramenai avec moi toute la masse placentaire principale. Cette laborieuse extraction terminée, j'étais le délivre sur une table et je pus me convaincre qu'il était à peu près complet et que je n'en avais laissé dans l'utérus qu'une très minime fraction.

Je fis alors, coup sur coup, deux injections intra-utérines très chaudes, avec la sonde de Doléris ; la première au sublimé à (0,25 pour 1,000), comme antiseptique, et la deuxième à l'eau boriquée comme lavage complémentaire, et garantie contre l'absorption et l'intoxication mercurielle. Les suites ont été aussi favorables qu'on pouvait le désirer ; la température axillaire, prise deux fois par jour, n'a jamais dépassé 37 degrés 5 ; dès la nuit du deuxième jour, le cotylédon placentaire restant était expulsé ; il avait à peine le volume d'une noix. La jeune femme, qui était auparavant d'une santé magnifique, est très bien remise de cette si grave hémorrhagie et de l'anémie consécutive ; elle n'a eu que

quelques troubles dyspeptiques, qu'un traitement approprié a fait disparaître.

Cette observation appelle quelques réflexions. Quelle pouvait être ici la cause de ces adhérences heureusement peu étendues ?

Mme W. H. n'avait jamais eu antérieurement aucune maladie utérine ; elle avait toujours été très régulièrement réglée. Sa grossesse avait été superbe et sans aucun incident ; je serais donc porté à penser qu'il faut voir dans la production de cette adhérence, non le *résultat d'un travail pathologique*, mais bien plutôt, suivant les idées qu'a exprimées M. Guéniot dans l'étude magistrale qu'il a insérée aux *Archives de tocologie*, le *non accomplissement complet du travail physiologique* qui doit, dans la deuxième moitié de la grossesse, affaiblir progressivement ces adhérences, *normales au quatrième mois*.

Quoi qu'il en soit, la coïncidence de l'adhérence et de l'hémorragie rendant l'intervention obligatoirement, créait une situation périlleuse et de nature à mettre en danger la vie de la femme.

Était-il possible de suivre une autre ligne de conduite que celle que j'ai adoptée ? C'est là la question que j'ai voulu soumettre au jugement de la Société.

**Discussion.** — M. MAYGRIER. — Je ne vois pas pourquoi M. Poitou-Duplessy n'a pas mis de suite à exécution son projet d'introduire la main et de procéder au décollement. La malade ne courait pas davantage le danger d'une hémorragie.

M. GUÉNIOT. — Je ne connais pas de cas de pratique plus redoutable que les adhérences du placenta. C'est qu'en effet, l'on ignore et le degré et l'étendue de ces adhérences. On ne sait rien. Et voilà justement ce qui augmentait les perplexités de notre collègue. Il espérait, d'ailleurs, que les contractions aideraient au décollement. Aussi, je comprends qu'il ait procédé comme il l'a fait.

J'ai vu plusieurs fois la mort comme terminaison : il s'agissait d'adhérences non localisées, mais très étendues.

Je me souviens, à la Pitié, avoir insisté, la femme est morte. A l'autopsie, nous avons trouvé une adhérence complète, et,

de plus, une perforation, au travers de laquelle on pouvait passer un doigt.

Dernièrement, aux environs de Paris, j'ai pratiqué l'extraction par morceaux chez une femme qui, une demi-heure après un très bon accouchement, avait été prise d'une hémorrhagie épouvantable. J'étais convaincu d'avoir retiré tout le placenta.

Huit jours plus tard, les lochies devinrent fétides et un morceau de la grosseur d'une noix fut expulsé. Il y eut des accidents consécutifs assez graves : phlébite, embolie. Enfin, la femme guérit.

M. PORAK. — Dans l'accouchement, qu'il soit à terme ou prématuré, qu'il y ait ou non hémorrhagie, que le placenta soit réellement adhérent ou seulement non détaché, on doit recourir à la délivrance artificielle et craindre, en attendant trop longtemps, que le col se referme, et rende l'introduction de la main impossible.

C'est en suivant ce précepte qu'on constate dans la pratique hospitalière la plus active la fréquence relative de la délivrance artificielle et la très grande rareté de la délivrance incomplète au moins pour ce qui concerne l'accouchement, l'avortement mis à part.

J'ai cependant vu en ville plusieurs cas de rétention placentaire dont deux méritent d'être rapportés. Je reste convaincu qu'on aurait pu dans ces deux cas éviter l'accident, par une intervention convenable, faite en temps opportun.

Il y a neuf ans, je fus appelé par le Docteur V. pour la concierge de la maison qu'il habitait. Cette femme, primipare, âgée d'une trentaine d'années, enceinte de sept mois, en servant un dîner, fut inondée tout à coup par le liquide amniotique. A la suite d'un travail rapide, le fœtus fut expulsé. Je ne me rappelle plus au juste combien d'heures après cet accident, je me rendis chez la parturiente sur l'appel du Docteur V., qui ne pouvait pas faire la délivrance. Au moment où j'arrivai, je constatai une fermeture telle du col qu'il n'était perméable qu'au passage d'un doigt. Comme il n'existait pas d'hémorrhagie, je subordonnai toute inter-



vention soit à cet accident, soit à l'apparition de phénomènes de putréfaction. Je conseillai le repos rigoureux au lit. Le placenta devait être adhérent, dans toute la rigueur de cette désignation, puisqu'aucune de ces complications ne survint les jours suivants. Trois semaines se passèrent sans accident. La femme se sentait tout à fait bien et elle reprit ses occupations. Trois jours ne s'étaient pas écoulés, depuis qu'elle vaquait à ses affaires, que, vers une heure du matin, survint une hémorrhagie, la première, mais celle-là profuse. Au dire du D<sup>r</sup> V., lorsqu'il fut appelé auprès de sa concierge, le col n'était pas assez ouvert pour permettre l'introduction de la main. En face de l'urgence de l'hémorrhagie considérable qui s'était produite, il pratiqua immédiatement un tamponnement du vagin. Suivant toute apparence, il n'était pas assez serré et il n'arrêta pas l'écoulement du sang. Je fus alors appelé auprès de la malade. Il était alors midi, c'est-à-dire onze heures après le début de l'hémorrhagie. La malheureuse femme était à l'agonie, exsangue. Je retirai le tampon et je trouvai le placenta dans le vagin. Tout ce qu'on fit pour rappeler les forces fut inutile et une demi-heure après mon arrivée, la malheureuse femme succomba.

M. Pinard soutient que lorsque l'œuf est mort, la délivrance est non sanglante. L'observation précédente constitue une terrible exception à cette règle.

J'ai observé un autre cas, plus rare encore que le précédent, et ayant un grand intérêt. Je l'observai quelques mois après.

Il s'agissait d'une dame L., très nerveuse, très anémiée, sujette, en dehors de ses grossesses, à des ménorrhagies abondantes, souvent malade et très délicate.

Elle avait eu une première fois un avortement ; une seconde grossesse se termina à terme, après un travail de dix heures, mais on dut pratiquer la délivrance artificielle.

Elle était, lorsque je la vis, à sa seconde grossesse. Les dernières règles remontaient au 2<sup>e</sup> mai 1884. Elle eut des pertes irrégulières au début de sa grossesse et, en particulier, pendant tout le 4<sup>e</sup> mois, elle eut des écoulements presque constants de sang, au point que son médecin, le D<sup>r</sup> L., ne pensait pas qu'elle était en-

ceinte. Elle fut prise de douleurs le 15 janvier 1885, c'est-à-dire un mois à peu près avant le terme. L'accouchement fut très rapide, et après deux, ou peut-être trois heures de douleurs, le fœtus fut expulsé ; il était alors onze heures du matin. Le Dr L., appelé par la sage-femme qui soignait cette femme, ne voyant pas le placenta s'engager, exerça des tractions sur le cordon qui fut rompu. Il constata que le col était trop revenu sur lui-même pour permettre l'introduction de la main. Il fit alors appeler M. Lucas-Championnière, qui, ne pouvant pas se rendre libre, m'engagea à répondre à l'appel du Dr L. J'arrivai auprès de la malade à 5 heures de l'après-midi, c'est-à-dire six heures après l'expulsion de l'enfant. Je constatai que le col était refermé et ne permettait l'accès qu'à deux doigts. Comme aucune perte ne s'était produite et que l'état général de la femme, n'était une agitation extraordinaire, paraissait bon, je résolus, imbu ou j'étais alors d'idées d'expectation, d'attendre que des accidents soit d'hémorrhagie, soit de fétilité, me forçassent la main. J'espérais d'ailleurs qu'un nouveau travail allait se déclarer qui aboutirait à l'ouverture du col.

Ni l'hémorrhagie, ni la fétilité de l'écoulement vaginal n'étant survenues, il faut donc en conclure que le placenta était adhérent. Je revins le lendemain, 16 janvier, visiter la malade. La nuit s'était passée dans un état d'agitation continuelle. La malade avait ressenti des tranchées utérines très violentes, quelques-unes s'accompagnant de phénomènes lipothymiques. L'hémorrhagie avait été très modérée. Je trouvai le col très contracté et très sensible. Il était plus fermé encore que la veille, l'utérus présentait une dureté comme tétanique. Je conseillai alors du chloral à l'intérieur et des applications belladonnées sur le col, dans l'espérance de diminuer les phénomènes d'irritabilité réflexe qui caractérisaient les phénomènes observés.

Dans la journée, les tranchées utérines furent beaucoup plus souvent accompagnées de phénomènes lipothymiques. Je revins dans l'après-midi, et dans la soirée, je constatai les mêmes phénomènes physiques avec une particularité nouvelle. Le toucher était devenu bien plus douloureux, intolérable. Je cherchai à forcer le col, mais les tentatives étaient suivies de douleurs atroces et de lipothymies.

Les phénomènes nerveux réflexes s'accroissaient de plus en

plus. L'état lipothymique, devint un état syncopal. Les syncopes se répétèrent et se rapprochèrent et dans la nuit du 16 au 17, la malade succomba, emportée dans l'une de ces syncopes.

Cette observation est très intéressante et, dans ma pratique, je n'ai rien vu de semblable. En 1885, on parlait encore peu de chirurgie abdominale.

Dans un cas semblable, aujourd'hui, on pourrait, en réalité, se demander s'il n'y aurait pas lieu de pratiquer la laparotomie. - Au moins on aurait tenté quelque chose. Aurait-on réussi ? C'est une autre question.

Je crois, en effet, qu'on peut rapprocher ce cas de phénomènes de choc nerveux qu'on observe quelquefois, en particulier, à la suite des opérations pratiquées sur le péritoine.

Dans le premier cas on n'avait pas donné d'ergot de seigle à la parturiente. Quoique mes souvenirs ne soient pas bien nets, je crois que dans le second cas on avait eu recours à cet agent.

M. CHARPENTIER. — Il est très difficile d'indiquer une règle de conduite unique : la façon d'agir doit évidemment varier, selon les circonstances. Pourtant, il y a un principe : c'est que toutes les fois que le placenta est retenu par des adhérences, il y a avantage à ne pas attendre et à essayer de suite la délivrance artificielle. Mais on n'est pas toujours sûr d'y parvenir et l'on s'expose alors à faire une délivrance incomplète, dont une des premières conséquences est l'hémorrhagie.

Or, les difficultés sont de plus en plus considérables, à mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement, le col étant de plus en plus fermé.

Dans deux cas, où j'ai essayé la délivrance, et dans lesquels il est resté un peu de placenta, j'ai fait un tamponnement, à la gaze iodoformée, intra et extra-utérin, et j'ai pu éviter ainsi tout accident : les femmes ont rendu, en même temps, et le tampon et le cotylédon placentaire.

Mais, outre cela, il faut aussi faire attention à la rétention

des membranes : vous parvenez à extraire le placenta, mais les membranes restent adhérentes ; les mains glissent et vous ne pouvez les avoir.

C'est ce qui vient de m'arriver ces jours-ci : la plus grande partie des membranes est restée dans l'utérus. Une semaine plus tard, elles étaient expulsées sans accident.

M. BUDIN. — Quand il y a adhérence partielle mais considérable du placenta, le décollement, s'il se produit, ne survient qu'après un temps assez long ; les accidents qui peuvent apparaître sont : la rétraction du col, l'hémorrhagie, la septicémie.

En réalité, le mieux serait de faire de suite, et sans hésitation, la délivrance artificielle ; si on ne parvient pas à détacher tout le tissu placentaire, on doit néanmoins en enlever le plus possible.

Dans la masse cotylédonaire adhérente, il y a deux parties, l'une est en contact immédiat avec la paroi utérine, l'autre n'a que des rapports médiats avec elle, on peut toujours enlever la plus grande portion de ce dernier. Pour cela, ainsi que je l'ai décrit, « on pétrit les tissus entre le pouce, l'index et le médius, on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités, par cette parcelle, jusqu'à ce qu'on soit arrivée près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante. »

Il ne reste ainsi qu'une très mince couche de tissus qui sera éliminée. Dans les faits où j'ai eu recours à ce procédé les suites de couches ont été normales.

M. CHARPENTIER. — C'est évidemment un bon procédé, mais qui n'est pas applicable à tous les cas. Car les adhérences sont parfois si compactes, si dures, qu'on a beau écraser, triturer avec les doigts, on ne peut amener aucune portion du cotylédon.

M. POITOU-DUPLESSY. — Si, à ma première tentative, j'ai cru devoir m'arrêter, c'est que, une grande partie du placenta était engagée et qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie. Plus tard, après

l'hémorrhagie, je n'ai plus temporisé et j'ai procédé à l'extraction.

**M. TOUVENAIN.** — **Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique survenant au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse. Accouchement prématuré. Mort de la mère trois jours après. Survie du fœtus.** — Dans un récent article paru dans la *Presse médicale* du 17 mars dernier, M. le Dr Bonnaire décrivait d'une façon fort complète les rapports de la fièvre typhoïde avec la puerpéralité. Il montrait en particulier que la dothiéntérie survenant au cours d'une grossesse en interrompt le plus souvent le cours et détermine l'avortement.

J'ai eu l'occasion d'observer tout dernièrement un cas de fièvre typhoïde chez une dame enceinte, et je crois intéressant de rapporter très brièvement cette observation.

M<sup>me</sup> L, âgée de 28 ans, femme forte et d'une bonne santé, avait eu un premier enfant il y a trois ans, en 1891. Elle était de nouveau enceinte depuis la fin de juillet 1893, et sa grossesse avait été parfaitement normale, lorsque le 2 mars dernier, vers le début du 7<sup>e</sup> mois, elle tomba malade. De nombreux cas de fièvre typhoïde existaient alors à Paris et je ne tardai pas à reconnaître que ma cliente en était elle-même atteinte.

La maladie prit rapidement des allures fort graves et revêtit presque d'emblée les caractères de la forme ataxo-adyynamique. Je ne cachai pas mon inquiétude au mari, lui faisant entrevoir la probabilité d'une fausse couche prochaine et vraisemblablement la mort de l'enfant.

En effet, vers le commencement du deuxième septénaire, dans la nuit du 10 au 11 mars, la malade fut prise de douleurs ; c'était le travail qui débutait. Appelé immédiatement, je constatai à mon arrivée auprès d'elle un commencement de dilatation et, après cinq heures d'un travail extraordinairement douloureux, elle expulsait un fœtus du sexe masculin qui vint en état de mort apparente, mais que nous réussîmes à ranimer, non sans mal d'ailleurs, et en employant le procédé des tractions rythmées de la langue recommandé par M. Laborde.

L'état de la mère était à ce moment fort inquiétant. La déli-

vance fut normale, mais la température, prise immédiatement après l'accouchement, était de 40°8. Le cœur battait faiblement ; ses contractions étaient irrégulières et, de plus, on constatait quelques intermittences. Le délire était violent, accompagné d'hallucinations ; il y avait, en outre, des soubresauts des tendons.

Le lendemain, l'état ne s'était pas amélioré ; la température était de 40°2 le matin et de 40°6 le soir. L'adynamie s'accroissait ; tous les symptômes prenaient un caractère d'une haute gravité qui me faisaient craindre un dénouement fatal à courte échéance. Les événements ne tardèrent pas, d'ailleurs, à confirmer mes craintes, car le 14 au matin, la malade succomba.

Quant à l'enfant, qui était venu au monde fort débile (il pesait à peine 1,900 grammes), il fut mis immédiatement en couche, et, contre mes prévisions, il vécut. Je craignais, en effet, qu'il ne mourût rapidement, car, dans les cas analogues, le plus souvent le fœtus est expulsé mort et, si, par exception, il vit, il ne tarde pas à succomber. Celui-ci a, au contraire, résisté, et aujourd'hui il a un mois et pèse 2,350 grammes.

J'ai tenu à relater cette observation qui m'a paru offrir quelques détails intéressants ; je serais heureux d'avoir l'avis de la Société sur le point suivant : Est-on en droit, dans un cas semblable à celui que je viens de signaler, d'administrer à la malade des bains froids dont l'effet salutaire est indéniable dans les formes ataxo-adyamiques de la fièvre typhoïde ? Pourrait-il en résulter pour la grossesse des conséquences graves, étant donné qu'on a tout lieu de redouter un avortement ou un accouchement prématuré ?

**Discussion :** M. CHARPENTIER. — Je ne suis pas du tout convaincu que la fièvre typhoïde amène toujours l'accouchement prématuré ou l'avortement. J'en ai vu cinq ou six cas, aux différents termes de la grossesse, et qui se sont terminés heureusement et pour la mère et pour l'enfant, sans que la gestation fût interrompue.

Quant au mode de traitement employé, il a consisté en bains tièdes, purgatifs, médication classique ancienne.

Il en est tout autrement des fièvres éruptives qui sont, au

contraire, une cause d'accouchement prématuré et d'avortement.

M. GUÉNIOT. — Ce qui est important, c'est le degré de la fièvre typhoïde. Les formes graves compromettent la grossesse.

J'ai le souvenir d'un cas de ce genre chez la femme d'un confrère. L'accouchement a eu lieu au septième mois. La mère a guéri et l'enfant était vivant.

Il est évident que si la température est élevée, la dépression des forces marquée, il y a danger pour la mère et pour l'enfant.

Je ne vois pas d'inconvénients à employer les bains froids.

D<sup>r</sup> LEGRY et LOUIS DUBRISAY. — **Infection à streptocoques du fœtus par contamination buccale.** — Il est actuellement de notion courante que des maladies infectieuses peuvent se propager de la mère au fœtus, à travers le placenta : la démonstration en a été faite avec toute la rigueur désirable pour un certain nombre d'entre elles, la fièvre typhoïde, la pneumonie, par exemple. Aussi la constatation, chez le fœtus, de lésions anatomiques d'ordre infectieux, impose-t-elle, en quelque sorte, l'idée d'une transmission, à travers le filtre placentaire, de germes venus de la circulation maternelle.

Il est hors de doute que ce mode de contamination est le plus fréquent, mais il y a peut-être lieu de se demander si, dans un certain nombre de circonstances vraisemblablement exceptionnelles, l'infection fœtale ne se réalise pas par un autre procédé.

On sait, en effet, que dans les cas de rupture prématurée des membranes, le fait de la libre communication de la cavité de l'œuf avec l'air extérieur favorise, lorsque l'accouchement tarde trop, le développement de phénomènes de putréfaction intra-utérines.

Or, il n'est pas illogique de supposer que, si l'expulsion a lieu à l'un des stades primitifs de cette évolution qui aboutit à la transformation putride, et dont le terme initial ne peut être que l'adjonction de microbes au liquide de l'œuf, le séjour,

même de courte durée, du fœtus dans la cavité amniotique ainsi contaminée, puisse être chez celui-ci le point de départ d'une infection qui évoluera après la naissance.

C'est là un mode d'infection fœtale avec lequel on pourra, à notre sens, avoir à compter dans la pratique. Notre maître, M. Budin, avait attiré déjà notre attention sur la possibilité de ces faits, à propos du cas suivant observé dans son service ; il avait insisté, à plusieurs reprises, sur l'intérêt qu'il y aurait, dans des observations analogues, à faire des recherches anatomiques et bactériologiques concluantes sur ce sujet.

## OBSERVATION.

*Primipare à terme ; — Rupture prématurée de la poche des eaux ; — lenteur du travail par rigidité du col ; — Infection du liquide amniotique ; — dilatation avec l'écarteur Tarnier ; — Forceps ; — Enfant né en état de mort apparente ; — aspiration des mucosités ; — Enfant ranimé, meurt au bout de 60 heures de bronchopneumonie. — On trouve, à l'autopsie, des mucosités jaunâtres dans les petites bronches et les alvéoles pulmonaires.*

Jeanne X., institutrice, 23 ans, primipare, entre le 8 avril 1893, à 10 h. 1/2 du soir, dans le service de M. Budin, à la Charité.

C'est une femme bien constituée ; les dernières règles datent de la fin de juin 1892 ; la grossesse s'est passée sans complications. Apparition des premières douleurs le 8 avril, vers 8 heures du soir.

Au moment de son entrée, on constate, au palper, une présentation du sommet en O. I.G.A. la tête légèrement engagée ; le col commence à s'effacer, l'orifice interne entr'ouvert permet d'arriver sur le sommet ; les membranes sont intactes ; les battements du cœur sont bons et s'entendent à gauche, sur le milieu d'une ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Les douleurs sont énergiques et fréquentes. La nuit se passe ainsi.



Le 9, à 6 h. du matin, le col est complètement effacé et la dilatation = 1 cent.

A 10 heures du matin, la poche des eaux se rompt spontanément.

A *midi*, le col est complètement effacé, mais la dilatation n'augmente pas ; le col, très aminci, est dur, résistant, absolument rigide. Bains prolongés. Lavement laudanisé.

A 4 h. du soir. Même état.

A *minuit*. Même état.

Le liquide amniotique, qui s'écoule, est un peu fétide. Injections vaginales.

Le 10 avril, les choses restent dans le même état pendant toute la journée.

La dilatation du col ne progresse pas. Les bruits du cœur sont bons ; la tête est bien engagée.

Dans la soirée, le liquide amniotique s'écoule très fétide, jaunâtre.

On donne un nouveau bain à la malade.

Le 11 à 8 heures du matin. — On place le dilatateur Tarnier, en augmentant progressivement la pression.

A 10 h. 1/2. — La tête est très profondément engagée ; l'enfant souffre, les battements du cœur deviennent sourds et très espacés.

A *midi*. — La dilatation est complète, on chloroformise la parturiente et on fait une application de forceps.

L'enfant naît souillé de liquide amniotique et de méconium fétide, en état de mort apparente, violacé ; les battements du cœur existent encore, mais sourds, lointains, très lents.

L'enfant fait un ou deux mouvements d'inspiration, inutilement d'ailleurs, l'air n'entre pas.

Bains, frictions inutiles. Toute respiration cesse.

Immédiatement, on pratique l'aspiration et on retire des mucosités en assez grande abondance : l'enfant est ranimé.

C'est une fille qui pèse 3.870 gr. Le lendemain 12, elle ne pèse plus que 3.500 gr. ; de l'ictère des conjonctives et des téguments apparaît. T = 38°.

A l'auscultation, on entend quelques râles fins aux deux bases.

13 avril. — L'ictère est de plus en plus accusé. Temp. 36°.

L'enfant mourut véritablement infecté dans la nuit du 13 au 14 à 1 h. du matin.

A l'autopsie. — Foie et rate augmentés de volume, ramollis. Poumons : noyaux de broncho-pneumonie aux deux bases, la section montre la présence de petits bouchons de mucosités jaunâtres, obstruant les petites bronches au niveau des noyaux de broncho-pneumonie.

Les jours suivants la malade va bien, mais le 16 avril sa température s'élève jusqu'à 38°, lochies fétides. On lui fait des injections vaginales.

Le 17, la temp. est de 37 le matin, 37°4 le soir.

Le 18 avril, frisson à 8 heures du matin, température 39°.

On lui fait deux injections intra-utérines; le soir la température est encore de 39°2.

Le 19, tout est rentré dans l'ordre et la malade sort le 24 avril (13<sup>e</sup> jour) en très bon état, n'ayant plus eu de température à aucun moment.

Les points suivants sont à relever dans cette observation : 1° Rupture prématurée des membranes ; 2° 14 heures plus tard, fétidité du liquide amniotique ; 3° Extraction 50 heures après la rupture, d'un enfant en état de mort apparente, ayant dégluté une grande quantité de mucosités qu'on retire avec l'aspirateur ; 4° Dès le lendemain, apparition de râles fins aux deux bases avec 38° de température ; 5° Mort le surlendemain, et à l'autopsie constatation de noyaux de broncho-pneumonie.

N'y a-t-il pas là un ensemble de circonstances qui permet d'émettre cette hypothèse que la pathogénie de l'affection pulmonaire, si hâtivement développée chez cet enfant, pourrait trouver son explication dans l'absorption, par les voies respiratoires, du liquide amniotique infecté.

Certes, cette interprétation peut soulever bien des objections. Il n'est pas inadmissible, en effet, que l'enfant ait contracté, après sa naissance, la broncho-pneumonie qui l'a enlevé, puisqu'il s'est écoulé un temps assez long, 20 heures environ, avant la constatation des premiers signes stéthosco-

piques. De plus, aucun examen bactériologique comparatif n'ayant été pratiqué, les doutes les plus légitimes peuvent subsister sur la filiation des accidents survenus chez la mère et chez l'enfant.

Dans un fait plus récent qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. Budin, suppléé par M. Bonnaire, l'évolution même de la maladie, ainsi que les résultats des recherches anatomiques et bactériologiques, semblent mettre au-dessus de toute contestation le mode pathogénique spécial que nous avons invoqué tout à l'heure.

Voici cette observation *in extenso* :

La nommée Lucie C., femme C, âgée de 27 ans, exerçant la profession de marchande aux Halles. Entrée le 20 décembre 1893, à 7 heures du soir, à la Charité, dans le service de M. Budin, suppléé par M. Bonnaire.

*Antécédents héréditaires et collatéraux.* — Bons. Père vivant. Mère morte à 55 ans d'une maladie de cœur. — 4 frères et 3 sœurs vivants et bien portants.

*Antécédents personnels.* — La parturiente a toujours été d'une bonne santé, sauf vers l'âge de 4 ou 5 ans où elle a fait une maladie, qui, dit-elle, l'a tenue plusieurs mois couchée.

Réglée à 12 ans, régulièrement, jamais de pertes blanches.

Mariée une première fois, elle a eu de ce premier mariage deux enfants qui sont vivants et bien portants et ont actuellement l'un 4 ans  $1/2$ , l'autre 3 ans  $1/2$ . Les deux grossesses et les deux accouchements se sont bien passés.

Son mari meurt de tuberculose pulmonaire, en septembre 1890, après avoir été 8 mois malade.

Mariée une seconde fois en 1891 à un homme de 30 ans, d'une bonne santé, paraît-il, mais se plaint cependant fréquemment de maux de gorge et de céphalée nocturne. Ce sont, du reste, les seuls accidents que nous ayons pu relever chez lui : il ne présente pas de calvitie, et depuis que sa femme le connaît, n'a jamais eu sur le corps d'éruptions d'aucune espèce. La malade, elle-même du reste, ne présente aucun symptôme de spécificité.

Elle devient enceinte pour la 3<sup>e</sup> fois (1<sup>er</sup> enfant de son second mari) et accouche à la Charité, le 5 juin 1892, d'un enfant du terme de 8 mois environ, pesant 2,700. La grossesse n'avait rien présenté de particulier ; quant à l'accouchement, il fut absolument normal. L'enfant, à sa sortie le 16 juin 1892, pesait 2,700 ; mis en nourrice au biberon, à la campagne, il mourait de diarrhée à l'âge de 7 mois.

GROSSESSE ACTUELLE. — Dernières règles le 27 mars 1893, un peu moins abondantes que d'habitude. La parturiente a été souffrante dès le début de sa grossesse. Nausées, vomissements, maux de tête dès les premiers jours d'avril. En même temps apparition d'une vaginite très abondante s'accompagnant de quelques douleurs à la miction, qui a duré tout le temps de sa grossesse et qu'elle n'a pas soignée. Cette vaginite donnait lieu à un écoulement jaune verdâtre tellement abondant qu'à différentes reprises elle avait eu du prurit vulvaire s'accompagnant de plaques d'érythème au niveau de la racine des cuisses.

A 3 mois 1/2 de grossesse (juillet 1893), la malade a eu une perte de sang assez abondante pour laquelle elle a été soignée à la Charité dans un service de médecine pendant 8 jours (repos au lit, injections).

Sauf ces quelques accidents que nous venons de signaler, la malade n'a eu, au cours de sa grossesse, aucune infection généralisée, ni grippe, ni angine, etc.

En particulier, dans ces derniers temps l'état général de la femme était resté parfait.

Dans la nuit du 19 au 20 décembre, vers minuit elle s'est sentie brusquement inondée ; la malade ayant eu plusieurs enfants, dit très nettement que « cela s'est passé comme lorsqu'on perd les eaux ». Elle perd de l'eau toute la journée du 20, sans avoir de douleurs, et cet écoulement persistant, elle entre à la Charité le 20 décembre, à 7 heures du soir, n'ayant pas de douleurs, mais perdant toujours.

A son entrée, on examine la parturiente qui est de taille moyenne et dont le squelette paraît bien développé ; pas de traces de rachitisme ; conformation normale du bassin. Pas de traces de tuberculose, ni de spécificité. Rien au cœur ; rien dans les urines.

L'examen des organes génitaux externes permet de constater

une vaginite très intense; pertes jaunes verdâtres tachant le linge.

Par la palpation on constate qu'on est en présence d'une O.I.G.A. Bruits du cœur bons. Pas de contractions douloureuses.

Par le toucher on constate que la femme n'est pas en travail; le col a encore toute sa longueur, mais est entr'ouvert; en pénétrant dans son intérieur on arrive sur la suture sagittale qui est dans le diamètre oblique gauche.

La malade repose toute la nuit. Apparition des premières douleurs le 21 décembre 1893, à 2 heures de l'après-midi. Le travail marche alors très rapidement et la dilatation est complète à 4 heures du soir.

A ce moment la tête se place en occipito-pubienne et est expulsée en deux ou trois contractions; il est 4 heures 1/2 du soir.

La durée totale du travail n'a donc été que de 2 heures 1/4 environ.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné; il semble que la respiration s'établisse mal et reste superficielle; il ne crie pas. On le débarrasse de quelques mucosités qu'il a dans la bouche, on le frictionne avec de l'alcool, on le flagelle, et il commence à se débattre et à crier.

On instille du nitrate d'argent dans ses yeux et on pratique la ligature du cordon, une fois que les battements y ont cessé.

Cet enfant paraît sain et bien constitué; il pèse 2,990; sa longueur est de 50 cent., il paraît donc à terme. Les principaux diamètres de la tête sont: O. F. = 10,7; O. M. = 12,2; B. P. = 8,7; B. T. = 7,8; S. O. B. = 9.

On procède à sa toilette suivant les règles habituelles, et après l'avoir habillé on le place dans un berceau.

Délivrance naturelle à 4 h. 40.

Le placenta est normal, les membranes sont complètes.

Ajoutons, pour terminer ce qui concerne la mère, que les suites de couches ont été parfaites: la température n'a pas cessé d'osciller entre 36°8 et 37°2 pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital.

- Elle est sortie le 2 janvier 1894 (12 jours après son accouchement), en parfait état.

Quant à l'enfant, on remarque qu'immédiatement après avoir

été placé dans son berceau, il geint sans cesse, sans pousser de véritables cris.

Vers 9 heures du soir, comme il n'a pas cessé de se plaindre, et que la respiration semble se faire mal, on lui donne un bain aromatique, on lui fait des frictions alcooliques, et on le met dans une couveuse.

Il succombe le 22 décembre 1893, à 3 heures 1/2 du matin, ayant vécu 11 heures.

*Autopsie* faite 6 heures après la mort. — A l'incision de la paroi du ventre, il ne s'écoule pas de liquide péritonéal. Les organes abdominaux ne présentent aucune lésion macroscopiquement appréciable. Le foie offre son volume et son aspect ordinaire. La rate n'est pas hypertrophiée. Les reins paraissent normaux. L'intestin ne montre rien de particulier. La veine ombilicale n'est pas altérée : le caillot qu'elle contient a ses caractères habituels.

Dès qu'on a enlevé le plastron sterno-costal, on voit les deux poumons partiellement recouverts à leur partie antérieure de fausses membranes jaunâtres. En soulevant les viscères thoraciques, on constate que chaque plèvre contient environ une demi-cuiller à café de liquide séro-sanguinolent épais et trouble, et que les parties postéro-latérales des deux poumons sont parsemées de larges fausses membranes offrant la coloration jaunâtre que nous avons déjà signalée.

Le sommet du poumon gauche en est presque entièrement coiffé. Ces fausses membranes dont l'épaisseur varie de quelques dixièmes de millimètre à un millimètre, sont assez adhérentes à la surface de l'organe. On trouve quelques lambeaux semblables qui flottent dans le liquide pleural.

Sur la section des poumons portant sur toute leur hauteur, on voit des aspects différents suivant les régions examinées. Certains zones, qui crépitent sous le doigt et laissent échapper de la sérosité spumeuse quand on les comprime, sont disséminées irrégulièrement sur la surface de coupe ; mais ces zones sont rares. Sur la majeure partie de cette section, on voit des régions étendues où le parenchyme pulmonaire condensé, rougeâtre, allant au fond de l'eau lorsqu'on en excise un fragment et qu'on plonge celui-ci dans un vase, présente tantôt nettement l'aspect

de l'atélectasie fœtale, tantôt une apparence un peu différente à cause de sa teinte moins foncée et de sa consistance.

Lorsqu'on examine les portions qui, offrant ces derniers caractères, siègent dans l'écorce des poumons, on voit qu'à leur niveau il existe une couche plus ou moins épaisse de fausses membranes pleurales.

On ne trouve, ni au niveau du cœur et du péricarde, ni dans la boîte crânienne, aucune particularité qui mérite d'être relevée.

Quelques examens extemporains sont faits au point de vue bactériologique. Sur un certain nombre de lamelles on colore quelques gouttes du liquide pleural avec du violet de gentiane au tiers.

On voit, outre des globules blancs, un nombre considérable de microcoques, la plupart disposés en chaînettes, ne se décolorent pas par la méthode de Gram et offrant l'aspect de streptocoques. D'autre part, les fausses membranes, étalées et colorées de la même façon, se montrent constituées par des filaments ou des masses de fibrine englobant des cellules déformées ; elles sont formées des mêmes micro-organismes, que l'on retrouve encore dans des frottis faits avec des fragments des noyaux corticaux sous-jacents aux épaississements de la plèvre, au milieu d'éléments cellulaires de formes variables. On examine aussi sur lamelles le sang du cœur, qui ne montre aucun microbe ; il en est de même du sang de la veine ombilicale.

Des cultures sont faites dans le bouillon et sur agar avec le liquide pleural, le parenchyme pulmonaire, le foie, le rein, le placenta, le sang du cœur droit et de la veine ombilicale.

Toutes ces cultures, sauf celles du placenta du sang du cœur droit et de la veine ombilicale, qui sont restés stériles, ont donné du streptocoque à l'état de pureté, mais en quantité variable. Les cultures sur agar provenant de la plèvre et des poumons étaient, 48 heures après l'ensemencement, recouvertes d'une très grande quantité de colonies, tandis que les tubes ensemencés avec le foie et le rein ne montraient que 3 ou 4 petites colonies isolées.

Ajoutons que les cultures du liquide vaginal prélevé chez la mère, immédiatement après l'autopsie de l'enfant, c'est-à-dire 7 heures après l'accouchement, alors qu'on pouvait encore cons-

tater l'existence d'une vaginite intense, ont toutes donné du streptocoque en extrême abondance. Sur les lamelles faites avec quelques gouttes de liquide vaginal et examinées immédiatement, on voyait des globules blancs, des cellules épithéliales et un nombre considérable de microcoques dont la plupart étaient disposés en chaînettes. Un tube de bouillon ensemencé avec quelques gouttes de sang retiré de la pulpe d'un doigt de la mère est resté absolument limpide.

L'examen microscopique des poumons, du foie et des reins de l'enfant a donné les résultats suivants :

Sur les coupes des portions hépatisées du poumon traitées par la méthode de Weigert, on voit des alvéoles remplies complètement de cellules et véritablement bourrées de microcoques souvent réunis deux par deux mais offrant aussi parfois la disposition en chaînettes. Dans un grand nombre de bronches, on remarque que la couronne épithéliale est desquamée en beaucoup de points, et à ce niveau il y a une infiltration leucocytaire de la paroi. Beaucoup de ces petites bronches sont aussi farcies de microorganismes présentant l'aspect déjà mentionné.

Les coupes du poumon portant sur les mêmes régions et colorées par l'hématoxyline et l'éosine montrent que les alvéoles contiennent des cellules épithéliales et des globules blancs formant un exsudat qui remplit toute la cavité. Au niveau des bronches, on voit bien les lésions de l'épithélium de revêtement, l'exsudat ou le bouchon intra-bronchique et les altérations de la paroi.

Les coupes du foie ne révèlent pas l'existence de lésions cellulaires bien nettes : dans un petit nombre de veines sus-hépatiques et de veines portes, ainsi que dans quelques capillaires, on trouve de petit amas de microcoques, toujours peu nombreux.

De même on ne remarque pas de lésions histologiques du rein appréciables ; mais dans quelques rares vaisseaux, on remarque encore de loin en loin des amas microbiens de petit volume.

Relevons dans cette observation les particularités qui suivent : 1° Apparition, dès le début de la grossesse, d'une vaginite intense à streptocoque ; 2° Rupture prématurée des membranes ; 3° accouchement spontané 40 heures après cette rup-



ture, le travail n'ayant duré que 2 heures et demie ; 4° mort de l'enfant 11 heures après sa naissance, et à l'autopsie pleurésie à streptocoque avec noyaux d'hépatisation pulmonaire contenant le même micro-organisme.

Une première hypothèse à rejeter, suivant nous, est celle d'une infection pleuro-pulmonaire contractée après la naissance. La gravité et l'étendue des lésions ne peuvent laisser aucun doute à cet égard, étant donnée la courte durée de la vie de l'enfant. Rappelons en outre que, dès sa naissance, l'enfant qui n'avait nullement souffert pendant le travail, d'ailleurs très rapide, a présenté des troubles respiratoires qui ont été en s'accroissant de plus en plus.

On ne saurait davantage rattacher les altérations que nous avons décrites, à une transmission intra-utérine par la voie placentaire, puisque nous n'avons trouvé chez la mère aucune manifestation de nature infectieuse. Du reste, les recherches bactériologiques seraient peu favorables à cette manière de voir. Le sang de la mère et le sang de la veine ombilicale, de même que le placenta, ne contenaient aucun germe, et l'on peut opposer à l'abondance considérable des microbes, dans les cultures du poumon et de la plèvre, leur rareté véritable dans les tubes ensemencés avec le foie.

D'autre part, les coupes de ce dernier organe, indemne d'ailleurs de toute altération microscopique ou histologique nettement appréciable, ne présentaient que quelques amas microbiens disséminés, tandis que la plèvre et le poumon, très profondément lésés, contenaient des microbes en très grande abondance.

Une seule interprétation nous paraît donc plausible. Nous venons de répéter que le liquide pleural et l'exsudat broncho-alvéolaire contenaient de nombreux streptocoques à l'état de pureté, nous savons aussi que le pus de la vaginite renfermait les mêmes micro-organismes. Si l'on rapproche cette double notion du fait de la rupture prématurée des membranes et de la contamination possible du liquide amniotique, on est logiquement conduit à admettre que ce liquide a été infec-

té par des germes du pus vaginal et que, par son intermédiaire, l'infection s'est ensuite propagée aux voies respiratoires du fœtus, pour y déterminer in utero des désordres anatomiques déjà notables.

**Discussion : M. GUÉNIOT.** — Les détails de cette observation ont été pris avec soin. Malgré cela, le mode de transmission ne m'apparaît pas bien clairement et je demande quelques explications à ce sujet. Je ne vois pas comment les streptocoques ont passé par les voies respiratoires. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que l'enfant eût respiré dans les deux ou trois jours qui ont précédé l'accouchement. Or, il n'est pas dit qu'il ait eu des inspirations convulsives, comme il arrive parfois.

**M. MAYGRIER.** — Le liquide amniotique a-t-il présenté de la fétidité ? Et ce liquide a-t-il été examiné lui-même ?

Ces faits sont intéressants, mais aussi sont très mal connus. Il y a des cas où, l'accouchement trainant en longueur, le liquide amniotique devient fétide. L'enfant naît bien portant, mais meurt quelques jours plus tard.

Je suis de l'avis de M. Guéniot, mais il n'en est pas moins vrai que les recherches bactériologiques ont montré la présence des streptocoques dans le liquide vaginal et dans la plèvre.

**M. CHARPENTIER.** — L'altération profonde du liquide amniotique n'atteint pas toujours la vitalité du fœtus.

Chez la femme d'un marin qui accouchait pour la troisième fois et que je vis avec M. Dubrisay père, le travail s'était déclaré normalement. Les douleurs étant un peu lentes, à un moment donné je romps les membranes ; il s'écoule un liquide d'une fétidité horrible, analogue à celui des enfants morts et macérés. En deux douleurs, un enfant parfaitement vivant et bien portant est expulsé. La femme fut très malade, il est vrai ; mais enfin elle guérit, à la suite de lavages vaginaux antiseptiques et d'injections intra-utérines.

M. BUDIN. — Mon attention avait déjà été portée sur des faits de rupture prématurée des membranes, avec fétidité du liquide amniotique, et dans lesquels quelques-uns des enfants succombaient plus tard.

J'avais pensé que, l'enfant souffrant, l'infection des voies aériennes se produisait à la suite des mouvements d'inspiration.

M. GUÉNIOT. — L'explication la plus plausible serait alors la suivante : L'enfant, étant privé de son eau protectrice et de plus le cordon se trouvant comprimé, serait en souffrance ; il ferait quelques inspirations convulsives, qui introduiraient le liquide infectieux.

M. MAYGRIER. — La conclusion de cette discussion, c'est que, en présence d'une rupture prématurée des membranes, il faut faire une antiseptie très sévère.

M. OLIVIER. — **Hémophilie chez une jeune fille de 13 ans, réglée pour la première fois.** — J'ai été appelé, ce matin, par mon excellent ami le Dr Cancalon à donner mon avis sur un cas qui m'a fortement embarrassé et que je vous demande la permission de vous exposer rapidement. Il s'agit d'une fillette de 13 ans, qui a été réglée pour la première fois samedi dernier ; l'écoulement sanguin, d'abord modéré, ne tarda pas à devenir si abondant qu'il mit en danger la pauvre enfant. M. Cancalon employa les moyens habituels ; il fit coucher la malade la tête basse, appliquer des compresses froides sur le bas-ventre et la racine des cuisses, donna des pilules d'ergotine, puis, voyant que tous ces moyens ne donnaient pas de résultats, il se décida à faire le tamponnement du vagin. L'étroitesse des voies génitales ne permettant pas de faire un tamponnement parfait, le sang filtra ; cependant, l'écoulement fut modéré. Le tamponnement ayant été retiré au bout de 24 heures, le sang se mit à couler de nouveau ; M. Cancalon fit une injection vaginale très chaude et remplaça un tampon. C'est alors qu'il voulut bien m'appeler. Après m'avoir raconté ce que je viens de vous dire, il ajouta un renseignement capital, qui explique l'abondance anormale de ces premières rè-

gles et qui, en même temps, nous donne les plus grandes appréhensions pour l'avenir ; cette fillette est hémophile. En effet, toute jeune, étant tombée sur la tête, les parents virent se produire une énorme tumeur qui décolla une grande partie du cuir chevelu. Un médecin, appelé, ouvrit la tumeur et il s'écoula une grande quantité de sang rutilant. Depuis, chaque fois qu'on a dû lui arracher une dent, la gencive a saigné sept ou huit jours et il a fallu des applications répétées de perchlorure de fer pour arrêter l'écoulement sanguin. Quand on la pince, on produit immédiatement une vaste ecchymose. L'hémophilie n'est donc pas douteuse.

L'examen auquel je me suis livré ne m'a rien révélé de particulier ; l'utérus est normal et il n'existe aucune tumeur au pourtour de cet organe.

Voici ce que j'ai conseillé : 1° faire des injections vaginales à 50° de deux en deux heures ; 2° si l'écoulement persiste, faire une galvano-caustique intra-utérine à 50 milliampères suivie d'un tamponnement ; 3° faire le traitement général des hémorrhagies, donner notamment l'alcool sous toutes ses formes ; 4° Prendre toutes les heures une dragée d'hydrastinine de Houdé. Nous espérons de la sorte arrêter les règles. Mais nous avons dû envisager l'avenir. De pareilles hémorrhagies vont-elles se reproduire à chaque époque menstruelle ? Si elles se reproduisent et mettent de nouveau la vie de l'enfant en danger, n'y aurait-il pas lieu, la crise passée, d'avoir recours à la castration ? Je dois dire que nous avons éloigné immédiatement toute idée d'opération sanglante en raison du danger certain qu'elle ferait courir à la malade. Mais alors, que faire pour sauver cette malheureuse enfant ? Nous vous serions reconnaissant de nous tirer d'embarras.

**Discussion :** M. GUÉNIOT. — Je crois, dans l'espèce, qu'il faut opposer une barrière mécanique à l'écoulement sanguin : donc application du tampon et injections antiseptiques chaudes, tous les deux ou trois jours, à chaque renouvellement du tamponnement.

J'attendrai peu d'effet de l'électricité et ne conseillerais pas le curettage.

Les membres inférieurs et le bassin seront tenus élevés et

un traitement interne par les acides pour donner de la plasticité au sang serait concurremment institué aux limonades, astringents, etc.

M. PORAK. — Pour l'administration de l'hydrastinine, j'insisterai sur son emploi en injections hypodermiques, qui donne des résultats supérieurs.

M. PETIT. — Au sujet de la castration, je dirai que j'ai assisté à cette opération pratiquée sur une hémophilique et que jamais je n'ai rien vu d'aussi dramatique. Le chirurgien était des plus habiles ; la femme est cependant morte peu d'heures après l'intervention opératoire.

Je me demande si on ne pourrait pas recourir au procédé de Martin : ligature de l'utérine dans les culs-de-sacs vaginaux. Comme moyens médicamenteux, je conseillerais l'extrait fluide d'hydrastis, auquel j'ai recours pour les hémorragies amenées par les fibromes, à la dose faible, mais continue de 20 gouttes quotidiennement dans les 10 ou 12 jours précédant l'époque.

M. FRAISSE. — Même pour la ligature des utérines, l'hémorragie serait à craindre.

Il m'est, en effet, arrivé de pratiquer un Schröder chez une hémophilique, ce que je ne savais pas. Or, chaque trou d'aiguille donnait et plus je cousais, plus l'hémorragie augmentait. Finalement, j'amenai le col à la vulve et, l'ayant transpercé d'une longue aiguille, je fis en arrière de cette aiguille une ligature circulaire à la soie, que je fixai au moyen d'une pince.

L'opérée resta quatre jours dans cette situation ; on lui fit des injections de sérum artificiel. Elle se rétablit parfaitement.

Le seul procédé à essayer serait, à mon avis, la suture du col d'après Emmet.

M. GENDRON. — **Rapport sur la candidature de M. Kummer (de Genève) au titre de membre correspondant étranger.** — M. Kummer, chirurgien de l'hôpital Butini, privat-

docent à la Faculté de Genève, nous a adressé, à l'appui de sa candidature, ses travaux depuis 1889, comprenant un grand nombre de publications dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, les *Archives des Sciences physiques et naturelles*, la *Revue d'Orthopédie*, la *Revue de chirurgie*, les *Archives provinciales de chirurgie*. Ces publications ont trait aux sujets les plus variés de la chirurgie : leur lecture offre un grand intérêt. Les énumérer serait trop long ; nous retiendrons seulement celles qui se rattachent plus directement à la gynécologie.

A cette question : *Quelle est actuellement la méthode la meilleure et la plus pratique d'asepsie opératoire ?* M. Kummer répond qu'il redoute pour les plaies le contact des antiseptiques, lesquels ne peuvent qu'entraver l'organisme dans sa défense spontanée contre les microbes. Partisan de l'asepsie pure, il produit la stérilisation des objets de pansement, des tampons, de la soie, des instruments, en les plongeant pendant dix minutes dans l'eau bouillante additionnée de chlorure de sodium, à la dose de 1 0/0. Pour la désinfection des mains, il se sert du sublimé, mais recommande de les rincer dans de l'eau bouillie.

La statistique, présentée à l'appui de cette pratique, relève 127 opérations sur différentes parties du corps : trois complications seulement sont signalées, d'ailleurs sans suites fâcheuses, un érysipèle et deux abcès.

A propos d'un cas grave d'ostéomalacie, qu'il a traité avec succès par la castration, l'auteur fait un historique rapide de l'*oophorectomie bilatérale comme moyen curatif de l'ostéomalacie*. Rappelant que c'est Fehling de Bâle qui, le premier, a tenté cette expérience opératoire, il conclut à une influence nerveuse des organes génitaux internes de la femme, comme cause probable de la maladie. Il ajoute que l'on ne se décidera à proposer l'opération qu'après avoir épuisé tous les essais de thérapeutique médicale (phosphore, huile de foie de morue, bonne nourriture, habitation hygiénique, etc.)

Ce travail se termine par un tableau synoptique des observations (au nombre de 38) publiées jusqu'au mois de mai 1892, concernant l'*oophorectomie bilatérale pour ostéomalacie*.

La question si controversée de l'influence de la narcose sur les reins est discutée dans la note : *l'albuminurie rénale associée à certaines tumeurs abdominales ; son importance pour l'intervention opératoire*. Pour M. Kummer, si on n'a pas à redouter outre mesure, chez les brightiques, l'emploi modéré de l'éther ou du chloroforme, il en est autrement des substances antiseptiques. Il faut donc faire, dans ces cas, une opération antiseptique et avec le moins de narcotiques possible.

L'albuminurie, compliquant une tumeur abdominale, serait causée par la compression des veines rénales ou des uretères, et l'ablation de la tumeur guérit l'albuminurie. Suit une observation personnelle de kyste ovarique suppuré et de néphrite, opération et guérison.

Dans une observation de *Péritonite généralisée septique par perforation (abcès stercoral appendiculaire, laparotomie après 45 heures, guérison)*, il insiste sur la nocuité du lavage du ventre dans les cas de péritonite généralisée, soit par action nerveuse directe, soit par diminution des forces de résistance du péritoine vis-à-vis des microbes et sur l'avantage du drainage, mais plutôt avec de la gaze qu'avec un drain.

Nous terminerons cette revue par les *observations anatomiques et cliniques concernant l'opération d'Alexander*.

M. Kummer est convaincu de l'efficacité de l'opération d'Alexander dans certains cas de rétrodéviations utérines. Il rapporte, d'abord, des observations anatomiques, desquelles il résulte que la traction sur les ligaments ronds, dans la direction des épines iliaques, déplace la matrice dans le sens de l'élévation verticale et un peu, mais beaucoup moins, dans celui de l'antéversion ou de l'antéflexion.

La traction sur les ligaments ronds vers les épines pubiennes produit, par contre, une antéflexion de la matrice, sans élévation appréciable.

La traction vers les épines iliaques conviendrait donc pour les cas de prolapsus, en y ajoutant, toutefois, une opération plastique sur le plancher pelvien ; tandis que, dans les cas de rétro-

flexion, il faudrait exercer sur les ligaments ronds une traction vers les épines pubiennes.

Ce sont donc, en définitive, les cas de rétroflexion qui constituent le véritable terrain pour l'opération d'Alexander.

Il existe des rétrodéviations qui ne causent aucun malaise : on doit les respecter ; d'autres accusent des troubles fonctionnels, qui seront suffisamment soulagés par un pessaire.

Quant aux femmes qu'un pessaire ne satisfait pas, elles peuvent bénéficier d'une opération.

Huit observations cliniques sont rapportées : pour les plus anciennes, la matrice est restée à sa place normale depuis 4 ans et demi, un an et demi, un an. Un cas de prolapsus s'est reproduit au bout d'un an.

Toutes ces études que nous venons d'esquisser sont empreintes d'une grande érudition et, dans chaque sujet, l'auteur a apporté un cachet original et personnel ; ce qui fait que l'on a sous les yeux une série de monographies toujours exactes, contenant souvent des aperçus nouveaux. Aussi estimons-nous que M. Kummer a tous les titres pour être admis comme membre de la Société.

---



## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 10 mai 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers. — M. BUDIN : Présentation du rapport de M. HENROTAY à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique : l'antisepsie en obstétrique. — M. PORAK : Présentation par M. Van Haaften d'un petit forceps pour saisir le pied du fœtus. — M. BRINDEAU : Infection du nouveau-né par la mère. — *Discussion* : MM. CHARPENTIER, FOURNEL, BUDIN et BONNET. — M. PETIT : 1<sup>o</sup> De l'emploi du ballon de Petersen dans la colpopérinéorrhaphie ; 2<sup>o</sup> Deux cas de fistule recto-vaginale traités par le procédé de colpopérinéoplastie de Doléris. — M. NARICH (Smyrne) : Du massage dans l'incontinence d'urine.

M. BUDIN. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société de la part de M. Henrotay (d'Anvers), un rapport sur l'**antisepsie en obstétrique**, présenté à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique. Dans ce travail très important, très bien fait, M. Henrotay qui a tenu grand compte de la discussion de l'Académie de médecine de Paris, a formulé les conclusions suivantes :

« Il y a lieu d'unifier pour toute la Belgique les règlements sur la matière, élaborés par les différentes commissions médicales pour les sages-femmes de leur province.

Ce règlement devrait entre autres et spécialement :

A. — Placer les accoucheuses d'une façon formelle sous la surveillance d'une autorité compétente ;

B. — Exposer d'une façon précise : la technique de la désinfection des mains, instruments, linges, etc., et les soins à donner aux yeux des nouveau-nés.

C. — Recommander aux sages-femmes l'usage du *sublimé*,

pour la désinfection des mains et des organes génitaux externes ;

D. — Obliger toute sage-femme, de connaître l'usage du thermomètre, de l'appliquer régulièrement et d'appeler un médecin dès que la température chez une accouchée dépasse 38 degrés pendant plus de 24 heures.

Il devrait en être de même dès qu'apparaissent chez le nouveau-né des signes d'ophthalmie purulente, cause si fréquente de cécité.

E. — Prescrire des mesures de désinfection obligatoires pour les accoucheuses ayant soigné des cas d'infection puerpérale et donner toutes les facilités possibles pour la désinfection gratuite des linges, vêtements infectés, etc..

F. — Autoriser les accoucheuses à prescrire, sous leur responsabilité, des antiseptiques, selon des formules admises.

Des pénalités doivent rendre obligatoire l'observation de ce règlement.

« La notification de la fièvre puerpérale ainsi que de tout décès d'accouchée, pendant la quinzaine qui suit l'accouchement, devrait être obligatoire pour les médecins et les sages-femmes. Cette déclaration se ferait dans les 24 heures, à une autorité compétente qui aurait à prendre les mesures que comporte la situation.

Le gouvernement devrait organiser d'une façon uniforme des conférences pour accoucheuses, fonctionnant déjà dans plusieurs provinces. »

Après la lecture de ce rapport, une commission a été nommée qui doit rédiger un règlement dont on espère pouvoir obtenir l'application par le gouvernement.

M. PORAK. — Je vous présente au nom de M. le Dr Van HAAFTEN un **petit forceps construit dans le but de saisir le pied du fœtus dans le cas où la prise par la main n'est pas assurée.** — Cet instrument est composé de deux branches démontables d'une longueur de 26 centimètres. L'articulation se trouve au milieu de l'instrument. Le manche est muni de deux anneaux comme en sont pourvus les ciseaux munis en haut d'une encoche qui permet d'y exercer des frac-

tions directes en dehors des anneaux. Les cuillers sont fenêtrées et courbées sur le champ. Leurs extrémités se trouvent à 6 centimètres du plan horizontal. Elles circonscrivent un canal oblong lorsque les cuillers sont au contact d'un centimètre  $1/2$  transversalement sur deux centimètres  $1/2$  à peu près dans la direction de l'instrument. La largeur de l'anneau préhenseur est d'environ un centimètre. Ces cuillers sont flexibles de telle sorte que lorsqu'on serre la prise de l'instrument sur deux doigts, on reconnaît que la pression exercée est douce.

L'articulation s'exécute par un bouton qu'on introduit dans une mortaise fermée. On peut maintenir la solidité de l'articulation par une petite pièce qui vient arrêter le bouton dans sa place.

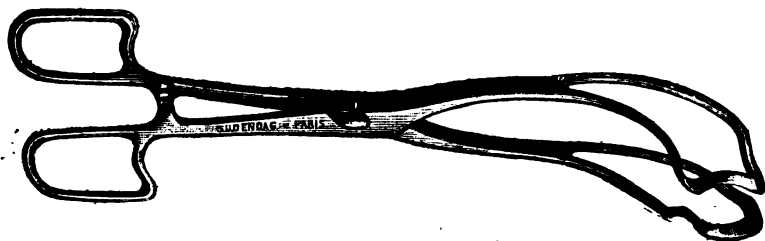
En l'absence de note du présentateur, je suppose qu'on charge l'instrument en l'introduisant fermé. Je pense, en effet, que l'articulation des deux branches sur un pied qu'on suppose assez mobile et assez glissant pour que sa prise par la main ne soit pas assurée, présenterait des difficultés assez sérieuses. Si on devait introduire cet instrument désarticulé, il y aurait lieu de simplifier son articulation. Il me semble d'ailleurs que l'introduction de l'instrument articulé rendrait la prise du pied beaucoup plus facile.

Les cas où la main ne permet pas une saisie et une traction faciles du pied sont assez rares, mais existent réellement en pratique. L'instrument peut donc présenter sinon dans la pratique de la ville, au moins dans la pratique hospitalière, un avantage incontestable, quoique exceptionnel.

Dans ces cas, le pied est souvent très élevé et la longueur de l'instrument alors insuffisante ne permettrait peut-être pas la vue de l'articulation. La courbure de l'instrument est peut-être défectueuse, et trop marquée. L'expérience seule pourrait trancher cette question.

Je crois qu'il y aurait grand avantage à remplacer le crant d'arrêt du bouton de l'articulation par une crémaillère placée près des anneaux qui permettrait une prise automatique du pied, l'exécution des tractions convenables sans avoir le souci de maintenir les manches serrées. Avec cette crémaillère on

pourrait alors prendre les manches à pleine main et non par les anneaux (1).



M. BRINDEAU. — **Infection du nouveau-né par le lait de la mère** (service de M. Budin). — Cette observation peut se rapprocher de la séance précédente, mais l'origine de l'infection ici, s'est faite par l'intermédiaire du lait de la mère. Voici le fait : N° 181, 19 ans, couturière, primipare, est une femme qui a toujours été bien portante et ne présente aucun antécédent. Elle accouche à la Charité, le 6 mars 1894, d'un enfant qui pesait 2.350 grammes. Rien de particulier à noter dans cet accouchement.

Le 3<sup>e</sup> jour à cinq heures du soir, frisson, céphalalgie, nausées, température de 38°,4 ; les lochies sont un peu fétides. Injections intra-utérines au sublimé à 1 pour 4000, qui ramène quelques lambeaux de caduque fétides.

Le lendemain même état, température de 37°,4, le matin, de 38°,2, le soir. Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 38°,5. Un jour même, elle atteint 39°,2. Cette infection a duré une huitaine de jours environ. *Pendant ce temps, rien à noter du côté des seins.*

L'enfant à la naissance pesait 2.350 grammes. On lui donne 150 gr. de lait stérilisé par jour. Au quatrième jour, il prend le sein de la mère (400 gr. environ).

Jusqu'au huitième jour, rien de particulier ; l'enfant augmente de 25 gr. par jour environ. Au huitième jour, il perd brusquement 200 gr. en 3 jours ; garde-robes un peu liquides. Il prend alors 300 gr. au sein et 200 gr. de lait stérilisé. Pepsine, bains aromatiques, frictions alcooliques.

(1) L'instrument représenté ci-dessus a été modifié. L'articulation a été simplifiée, on a établi des crans d'arrêt, suivant les objections que j'avais présentées.

Malgré cela, l'enfant diminue toujours, il ne pèse plus que 2.030 au lieu de 2.350 gr. qu'il pesait à la naissance; de plus, son état général devient très grave: atonie complète, facies verdâtre, yeux excavés, nez pincé, température de 35°. M. Budin fait remarquer qu'il a l'air profondément infecté. Cet état dure trois jours.

Au troisième jour, il est absolument mourant: présence de *tournoles* à deux doigts de la main droite et au pouce de la main gauche. En présence de ces manifestations M. Budin pensa que, malgré l'état si grave, la guérison pourrait peut-être survenir. Il survint alors en effet une légère amélioration qui s'accrut, de telle sorte qu'en cinq ou six jours l'enfant avait repris son poids antérieur et sa santé était redevenue excellente.

*Examen du lait des deux seins*: Antisepsie de la mamelle. Expression du lait. A l'examen direct, rien.

Ensemencement: Culture pure de staphylocoques dorés.

*Examen du pus des tournoles*: Antisepsie. Ouverture.

A l'examen direct: staphylocoques.

Ensemencement: Culture pure de staphylocoques dorés.

Nous regrettons de n'avoir pas examiné le sang.

Nous pensons que cette observation présente quelque intérêt. Elle s'ajoute aux expériences faites par Karlinski. Cet auteur a injecté des cultures de staphylocoques à des lapines. Leur lait examiné, contenait ces micro-organismes. De plus, les petits qui avaient tété leur mère sont presque tous morts d'infection à staphylocoques.

Dans notre observation en effet, nous avons cliniquement tous les signes de l'infection de l'enfant par la mère.

*Du côté de la mère*: Température. Lochies fétides. Etat général.

*Du côté du nouveau-né*: Diminution de poids. Etat général grave. Présence d'abcès sous-unguéaux. Rétablissement rapide.

Nous avons aussi la preuve bactériologique.

*Pathogénie*: Infection sanguine au niveau de l'utérus. Passage du staphylocoque à travers le filtre mammaire sans localisation du côté des seins. Infection générale de l'enfant par le lait,

Nous nous demandons s'il n'est pas dangereux de donner le sein à l'enfant quand la mère a de l'infection sans que cependant il y ait des manifestations du côté des seins.

*Discussion : M. CHARPENTIER.* — Cette observation venue du service de M. Budin est extrêmement intéressante, car elle sort absolument des faits courants et elle est pour nous d'un grand enseignement. Tous nous connaissions des cas d'infection de l'enfant par la mère, mais je n'en connais pas de plus démonstratif. Ce qui fait surtout la particularité de ce fait, c'est la conservation de l'intégrité de l'organe par où s'est faite la transmission infectieuse. C'est ce passage direct du staphylocoque de la mère à l'enfant par le lait.

C'est cette conservation de l'état sain dans la glande mammaire, qui dans ce cas n'a été que la voie, le passage qu'ont suivi les microbes et dont les éléments sont restés indemnes.

D'un autre côté, étant données les conséquences que cela a eu pour l'enfant, il y a là toute une question nouvelle qui se présente : la continuation ou l'interruption de l'allaitement maternel. Je demanderai donc à notre collègue de vouloir bien nous faire part de sa manière d'agir en pareille circonstance.

*M. FOURNEL.* — Je demanderai à M. Budin s'il a rencontré un certain nombre de faits analogues à l'observation qui vient d'être présentée.

*M. BUDIN.* — Je ne pourrai répondre très catégoriquement à mes collègues. D'abord les faits analogues à celui rapporté par M. Brindeau sont-ils fréquents ? Je n'oserai l'affirmer, bien que je ne les croie pas rares. Il existait fréquemment autrefois de l'infection chez les mères et chez les enfants dans les Maternités ; l'infection disparaissant pour les mères, on arrive à mieux étudier, à mieux préciser les causes de mort des nouveau-nés dans les premières semaines de l'existence. L'observation de MM. Dubrisay et Legry a montré que

certains enfants pouvaient s'infecter dans la cavité utérine ; je pense que nous vous en rapporterons bientôt d'autres exemples. Quant à l'infection de l'enfant par sa mère pendant l'allaitement, elle est à redouter. Que faire pour lui dans ces cas me demande M. Charpentier ? Si l'infection était certaine, il n'y aurait pas à hésiter, il faudrait, momentanément du moins, suspendre l'allaitement par la mère. Mais il n'est pas toujours certain que l'infection surviendra et, en suspendant l'allaitement maternel, on peut faire courir d'autres risques à l'enfant.

Je ne saurais donc préciser dès maintenant, une conduite à tenir, il faudrait être plus instruit des risques courus, dans chaque cas particulier.

Il y a peu de temps cependant, je me suis trouvé en présence d'un enfant de dix mois convalescent d'une broncho-pneumonie grave. Sa nourrice avait 39°5, et une angine tonsillaire. Comme le bébé prenait volontiers du lait au verre, je fis suspendre l'allaitement au sein et donner des flacons de lait stérilisé au bain-marie ; vingt-quatre heures après la cessation de la fièvre et de tous les accidents chez la nourrice, l'enfant fut remis au sein.

Des recherches nouvelles devront donc être poursuivies expérimentalement et cliniquement : dans le cas de M. Brindeau, l'infection n'était pas douteuse, il en existait tous les symptômes, nous crûmes que l'enfant allait succomber ; j'eus cependant un peu d'espoir, le jour où je vis apparaître des tournioles multiples et considérables : cela ressemblait aux phénomènes critiques décrits chez les femmes pendant les suites de couches, abcès critiques parfois suivis de guérisons inespérées.

M. CHARPENTIER. — Je demande à faire quelques réserves à propos de ce terme d'*abcès critiques* qui a été employé par M. Budin, car la question est loin d'être jugée définitivement, et je crois qu'il faut bien se garder de généraliser.

Certes, dans quelques cas, l'abcès semble être véritable-

ment critique, c'est-à-dire être la dernière manifestation de l'infection, la guérison ne tardant pas à se faire, mais il en est d'autres beaucoup plus nombreux, où la marche fatale de la maladie n'en suit pas moins son cours.

Vous savez qu'on a voulu chercher dans la production artificielle d'abcès, un mode de guérison de l'infection puerpérale, et que l'on a cité quelques cas de succès. Je dis quelques cas, car les insuccès se sont multipliés, et j'ai pour ma part connaissance d'un fait où ce mode de traitement n'a pas empêché la malade de succomber.

Mais il est incontestable qu'il y a des malades chez lesquelles l'infection semble se juger par la formation de ces abcès, et que dans ces cas il semble bien y avoir là une sorte de crise et que le nom d'abcès critique me semble plus justifié.

Permettez-moi à ce propos de vous signaler deux faits qui me sont personnels.

L'un remonte déjà fort loin et a été observé par moi en 1873, pendant mon Clinicat. La malade a présenté successivement de la métropéritonite, des accidents méningitiques avec hémiplégie, des accidents congestifs du côté du poumon, enfin des abcès multiples qui ont été suivis de guérison.

L'autre concerne une jeune femme près de laquelle j'avais été appelé en consultation aux environs de Paris. Elle avait été prise le 3<sup>e</sup> jour après ses couches d'accidents infectieux avec élévation de la température. Fétidité des lochies, caractérisées surtout par une sorte de manie aiguë, avec agitation extrême et troubles méningitiques, qui persistèrent pendant près de 3 semaines, au bout desquelles se manifesta un énorme phlegmon de la cuisse, qui fut largement ouvert et sembla être véritablement critique, car à partir de ce moment les accidents cérébraux et psychiques disparurent et l'état alla s'améliorant continuellement, jusqu'à guérison complète.

Je suis donc loin, je le répète, de nier absolument les abcès critiques, mais je crois qu'il ne faut pas trop généraliser et réserver ce terme pour certains faits comme ceux que je viens de vous signaler.



De même chez les enfants nouveau-nés, il ne faut pas tomber dans cette exagération qui consisterait à considérer les enfants comme atteints d'infection toutes les fois qu'ils deviendraient malades, athrepsiques, ou sans aller aussiloin, toutes les fois qu'ils présenteraient autour des ongles, ces petites tournioles qui sont si fréquentes chez les nouveau-nés.

Mais je le répète, l'observation de M. Budin est extrêmement curieuse et instructive, et il est à désirer que des recherches ultérieures soient pratiquées dans le même sens, car elles pourront nous donner la clef d'un certain nombre de cas de pathologie infantile, dont l'interprétation nous était encore fort difficile.

M. BONNET. — Je me rappelle avoir constaté chez un enfant élevé au sein, des tournioles à plusieurs doigts et pourtant la mère n'a jamais eu aucun accident puerpéral.

D<sup>r</sup> PAUL PETIT. — **De l'emploi du ballon de Petersen dans la colpo-périnéorraphie.** — Les quelques difficultés de la colpo-périnéorraphie dépendent surtout de la grande laxité des tissus sur lesquels on opère. En effet, le vagin prolabé et décollé, qu'il soit ou non suivi par le rectum, se replie sur lui-même sous forme de vallonements onduleux qui fuient devant le bistouri et s'opposent aux manœuvres de l'avivement. C'est surtout vrai quand on fait l'avivement par dédoublement de la cloison, méthode de beaucoup préférable, selon nous, à l'avivement superficiel aux ciseaux, attendu qu'elle n'expose pas au développement ultérieur de kyste par inclusion épithéliale et qu'au lieu de produire un simple plissement de la membrane exubérante, elle la résèque dans toute son épaisseur.

Certainement on arrive bien vite, avec un peu d'habitude, à tendre suffisamment la paroi avec des pinces à traction fixées sur le pourtour de l'incision limitante et avec les doigts de la main gauche déprimant en masse les tissus dans leur intervalle, à la façon d'une spatule ; mais après avoir longtemps opéré de cette façon, il nous a paru à M. S. Bonnet et à moi qu'il était beaucoup plus commode encore de tendre uniformément la paroi recto-vaginale à l'aide d'un ballon introduit dans le rectum.

Voici comment j'ai procédé dans deux cas : j'ai d'abord commencé par jalonner comme à l'habitude les bords de la future incision avec des pinces tire-balles symétriquement placées, l'une au voisinage du col, une deuxième en regard de celle-ci et au niveau de la commissure ; deux autres aux extrémités de la base du triangle ; les deux dernières au milieu de ses deux côtés. Puis, m'étant assuré que les pinces mises au contact donnaient le rétrécissement voulu, j'ai introduit en entier dans le rectum un ballon de Petersen de moyen volume que j'ai gonflé modérément. J'ai pu alors tracer sans reprise l'incision limitante, puis décoller le vagin de haut en bas d'une seule traite et bien plus rapidement qu'à l'ordinaire. Ayant ensuite placé les fils les plus élevés, j'ai noué ces fils après avoir enlevé le ballon et terminé, à la façon d'Hégar, l'occlusion de la plaie.

J'ai pensé que cette petite modification de technique méritait de vous être rapportée en raison de ses avantages : elle donne beaucoup d'aisance ; permet d'exécuter plus rapidement et plus sûrement une opération qui souvent n'est que l'une des cordes de toute une lyre opératoire (curage, amputation du col, hystéropexie ou opération d'Alexander) ; elle assure la symétrie de l'avivement, diminue le suintement sanguin et enfin permettrait au besoin de se passer absolument d'aides vulvaires, car le vagin, soulevé par le ballon entr'ouvre la vulve et se présente tout tendu au devant du couteau et des doigts.

**Deux cas de fistule recto-vaginale traités par la méthode du dédoublement.** — Dans deux cas de fistule recto-vaginale, que j'ai dernièrement traitées par la méthode du « dédoublement », j'ai combiné avec avantage le mode de suture de Tait pour assurer l'occlusion de la fistule avec le mode de suture de Doléris pour tendre le vagin et renforcer le périnée.

L'une de mes deux opérées est une jeune femme de 26 ans, M<sup>me</sup> Rom., de Belfort, qui m'avait été adressée par mon ami le D<sup>r</sup> B. de Paris. Une application de forceps faite chez cette dame dix-huit mois avant que je la visse et sur une tête à terme avait déterminé une déchirure de la cloison recto-vaginale se continuant par une déchirure du périnée jusqu'à l'anus. Une tenta-

tive de restauration immédiate n'avait pas abouti. Une seconde opération pratiquée six mois après n'avait réussi qu'à constituer une simple bride séparant un anus béant, sans tonicité, d'une fistule recto-vaginale arrondie, d'un centimètre et demi de diamètre environ et taillée à l'emporte-pièce à 4 centimètres environ au-dessus de la commissure pathologique. Des matières fécales demi-solides suintaient à travers cette ouverture et la malade, bien entendu, ne pouvait davantage retenir les gaz.

Après chloroformisation, je dédoublai de bas en haut et avec quelques difficultés, jusqu'au-dessus de la fistule, la cloison recto-vaginale qui était réduite à une lamelle très mince de tissu scléreux ; je réséquai aux ciseaux courbes, tout autour de la fistule, la muqueuse rectale qui faisait hernie dans la plaie ; je fermai la fistule du côté du plan profond avec trois fils perdus à la soie fine appliqués suivant le procédé Lambert-Lambstein ; je consolidai cette suture perdue à l'aide de trois points amovibles passés transversalement, à la façon de Tait et comprenant toute l'épaisseur des tissus y compris la peau et le plan profond du dédoublement ; j'appliquai ensuite deux autres fils, à la façon de Doléris, dans sa colpo-périnéoplastie, de façon à rapprocher l'angle du dédoublement de l'anus et à rendre à la valve vagino-périnéale son épaisseur et sa tension normale. Enfin je réséquai le lambeau vaginal au-dessus de la fistule, évitant ainsi d'avoir à occlure celle-ci du côté du vagin, et je reconstituai la fourchette par une suture en bourse.

Dans un autre cas, antérieur au précédent, j'avais opéré de la même façon sauf que j'avais négligé d'occlure isolément la fistule du côté du rectum et que je m'en étais remis uniquement aux points de la colpo-périnéoplastie pour fermer le tout. Il est facile de comprendre que mieux vaut, si on néglige d'appliquer les points perdus, s'en remettre à la suture de Tait, car, en saisissant le plan profond sur les limites de l'ouverture rectale, elle ferme assez bien celle-ci, tandis que les points de la colpo-périnéoplastie ne font que tasser les tissus du vagin vers le périnée et fermer la plaie extérieure. Dans le cas auquel je fais allusion, le périnée fut bien reconstitué, le résultat symptomatique fut excellent, en ce sens que la malade se sentit beaucoup mieux soutenue pour la marche, et put retenir parfaitement les matiè-

res et les gaz, mais il persista une petite fistulette très oblique que j'aurais évitée en opérant comme ci-dessus.

**D<sup>r</sup> B. NARICH** (de Smyrne). — **Du massage dans l'incontinence d'urine. Procédé du Prof. Brandt, de Stockholm, simplifié.** — Le massage contre l'incontinence d'urine se pratique au moyen de l'index *seul*. Chaque séance dure à peine quelques *secondes*, et la guérison est obtenue au bout *d'une* ou de plusieurs séances. — Malgré que cette communication à la Société Obstétricale soit la troisième sur le sujet, nous avons cru indispensable le préambule ci-dessus, car il n'est malheureusement que trop répandu dans le monde des médecins que le massage gynécologique serait un tripotage (!) des organes génitaux. Les praticiens qui ne s'empressent pas de se dépouiller de cette idée erronée, privent leurs clients d'une méthode efficace et qui a l'avantage de guérir ou d'améliorer sans introduction dans l'organisme de substances médicamenteuses.

De toutes les applications du massage gynécologique, celle qui s'adresse à l'incontinence d'urine est la plus facile à étudier et à mettre en pratique, surtout après les simplifications que nous apportons au procédé de Brandt. Elle n'exige ni talent ni dextérité. C'est une très petite manœuvre fort simple que l'index exécute en quelques secondes. Le praticien le moins spécialiste peut l'exécuter.

Dans les six observations que nous avons déjà publiées dans nos deux précédentes communications (novembre 1891, novembre 1893), la guérison avait été obtenue par notre procédé qui n'est autre que celui de Brandt simplifié. Notre deuxième communication, nous la terminions en promettant de simplifier encore, si possible, le procédé. C'est-à-dire, au lieu de masser : 1<sup>o</sup> la région de vessie avoisinant le col, 2<sup>o</sup> le *sphincter* vésical, et 3<sup>o</sup> l'urèthre, de ne plus masser que le sphincter, seule région ayant besoin de ressaisir sa tonicité pour opposer un obstacle suffisant à l'écoulement de l'urine. C'est en effet d'après cette dernière manière que nous avons obtenu la guérison des deux nouveaux cas que nous publions. Nous en donnons ci-dessous la

relation, après quoi nous résumerons en un tableau succinct le procédé de Brandt ainsi que le nôtre, afin d'en faire ressortir les différences.

OBS. VII. — Mme X., 40 ans. Maigre et nerveuse. A accouché naturellement de 4 enfants. Pas de grossesse depuis 7 ans. Rétroversion utérine immobile remontant peut-être à son dernier accouchement, avec adhérences légères probables. Réduction bimanuelle et application d'un pessaire en 8<sup>e</sup> chiffre de Schultz. Cette femme urine 8 à 10 fois par jour. Son état nerveux, auquel la rétroversi on n'était pas étrangère (vu qu'elle se porte mieux depuis la réduction) subissait des exacerbations pendant lesquelles la miction était encore plus fréquente. La nuit surtout elle en est très incommodée.

En novembre 1893 je fais une première séance de massage ; je glisse la pulpe de l'index le long de l'urèthre sans comprimer ce dernier, et lorsque je juge avoir atteint le *sphincter* vésical, je presse celui-ci contre la face postérieure du pubis et alors je masse en promenant l'extrémité du doigt 5 à 6 fois, alternativement vers la gauche et vers la droite, tout en comprimant avec une force suffisante. Le lendemain deuxième séance. Après la troisième séance faite le surlendemain, la patiente se déclare guérie. Depuis lors, six mois se sont écoulés sans retour de l'incontinence.

L'observation qui suit est des plus intéressantes, car la pauvre vieille femme qui en est l'objet perdait ses urines d'une façon si abondante et si continue que son linge, son appartement et la maison sentaient au point que la propriétaire chargée de lui donner quelques soins lui conseillait d'entrer à l'hôpital dans la section des infirmes. Le massage du sphincter seul a donné un excellent résultat malgré l'état sénile des fibres musculaires de la vessie. Le procédé ne serait-il pas à essayer dans les hospices spéciaux où l'incontinence d'urine des vieilles femmes est souvent considérée comme une incurable infirmité?

OBS. VIII. — Mme X., femme de 70 ans ; ancienne multipare atteinte d'une affection cardiaque pour laquelle un pharmacien me prie de lui faire une visite de consolation et m'apprend en outre qu'elle est atteinte d'une infirmité désagréable car son urine coule constamment, ce qui incommode fort sa propriétaire qui désirerait

qu'on l'engageât à entrer à l'hôpital. En pénétrant dans la maisonnette dont la malade occupe une chambre au rez-de-chaussée, une forte odeur d'urine saisit l'odorat, odeur insupportable quand on entre dans l'appartement ; et cela malgré les soins de propreté dont la propriétaire et sa fille entourent la patiente. A l'auscultation lésions valvulaires accentuées ; pouls à peu près normal. Elle avait de l'anasarque actuellement disparu grâce au traitement institué par un autre confrère. Je l'engage à continuer la teinture de strophantus et l'iodure de potassium récemment prescrit par ce dernier, et je lui promets quelque amélioration du côté de l'incontinence des urines, ce qu'elle ne peut espérer dit-elle. Allongée sur un sofa, le dos, les épaules et la tête élevés à cause de la dyspnée, j'introduis l'index enduit de vaseline antiseptique et je masse la région sphinctérienne seule contre la face postérieure du pubis en procédant comme dans le cas précédent. Le lendemain (10 décembre 1893) elle me dit que l'urine avait coulé moins et qu'elle sentait quelque tendance à la retenir. Elle se soumet volontiers à la deuxième séance. Le 11 et le 12 pas de massage n'ayant pas pu me rendre auprès de la malade. Le 13 elle se déclare très satisfaite ; la propriétaire et sa fille me disent « qu'en guérissant la vieille de son infirmité j'avais soulagé trois personnes » et sur ce elles me demandent la formule « de la merveilleuse pommade ». Je leur explique que j'avais agi par le massage et j'en pratique la troisième séance. La guérison se maintient jusqu'au 30 décembre. Du 1<sup>er</sup> au 12 janvier 1894 la patiente étant atteinte d'influenza les secousses des quintes de toux ramènent le relâchement du sphincter vésical et l'écoulement de l'urine se produisit mais à un degré bien moindre qu'auparavant. Trois séances successives de massage amenèrent de nouveau la guérison qui dura jusqu'à la mi-février, moment où j'ai cessé d'avoir des nouvelles de la malade.

*Différences entre le procédé de Brandt et le nôtre.* — Dans notre première communication à la Société obstétricale, nous avons cité le procédé du professeur Brandt, de Stockholm, d'après le livre de Jentzer et Bourcart. Nous rappellerons ici ce procédé en le décomposant en ses divers temps :

1<sup>o</sup> Introduire l'index, pulpe regardant en haut, jusqu'au dessus du bord supérieur de la symphyse afin d'atteindre le sphincter de la vessie.

2<sup>o</sup> Avec la main opposée saisir le poignet de la main qui mas-

3° Alors exercer à gauche et à droite sur l'urèthre (1) une pression contre la symphyse.

4° A cette pression ajouter *des vibrations*. Et recommencer la manipulation trois ou quatre fois.

Nos huit observations nous prouvent d'une façon péremptoire qu'il est inutile que le poignet de la main qui masse soit saisi par l'autre main. En effet, non seulement il n'est pas besoin de développer de la force, mais aussi il est bon de laisser la main indépendante, afin qu'elle puisse se mouvoir à l'aise et se rendre compte du degré de pression qu'elle emploie.

Dès notre première communication, en novembre 1891, nous déclarions inutiles *les vibrations* que l'on conseille d'imprimer au doigt masseur. Notre affirmation était purement théorique il est vrai, et cependant la pratique nous a donné raison car nous n'avons employé les vibrations dans aucune de nos huit observations et les malades ont guéri.

Dans la crainte que le massage du sphincter seul ne fût insuffisant nous avons, dans les six cas de nos précédents articles, ajouté des pressions en deçà du sphincter (sur l'urèthre) et au-delà (sur la région vésicale avoisinant le col). Nos deux observations actuelles, ainsi qu'une troisième plus récente que nous croyons inutile de publier, démontrent qu'en limitant autant que possible les pressions du massage sur le *sphincter seul*, celui-ci peut fort bien reprendre sa force constrictive et retenir l'urine. Toutefois comme on ne perd rien à masser un peu en deçà et un peu au-delà, il est inutile de chercher avec précision à ne masser que le sphincter. Notre procédé, qui n'est en somme que la méthode de Brandt simplifiée, peut être décrit comme suit, en un seul temps :

Introduire l'index graissé en suivant la paroi supérieure du vagin jusqu'au niveau du sphincter vésical et même un peu au-dessus. Comprimer la région sphinctérienne contre la face postérieure du pubis, en promenant le bout de l'index alternative-

(1) Le livre dit « sur l'urèthre ». Il serait plus exact de dire : sur le sphincter.

ment à droite et à gauche. Ce mouvement, qu'on fait 4, 6 ou 8 fois, uni à la compression contre le pubis, constitue le massage.

Le massage de cette région étant légèrement douloureux, les femmes, craignant qu'il ne dure trop longtemps et que la douleur n'aille en augmentant demandent que l'on cesse dès le deuxième ou troisième mouvement. C'est pour cela que, dès la première séance, il est bon de commencer par deux ou trois mouvements légers et n'augmenter la pression que graduellement tout en affirmant à la patiente qu'en effet cela ne durera pas plus de quelques secondes.

Nous sommes heureux de clore cette dernière communication sur le massage dans l'incontinence d'urine, en rendant un respectueux hommage au vieillard de Stockholm, au promoteur du massage en gynécologie, qui, méconnu et laissé dans l'ombre pendant de très nombreuses années est enfin, depuis quelque temps, réhabilité dans le monde médical par de nombreuses et sérieuses productions scientifiques parmi lesquelles la nôtre n'est que la plus modeste.



## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

ÉLECTIONS DU 10 MAI 1894.

Ont été nommés à l'unanimité.

*Membres titulaires* : MM. BOISSARD et PICHEVIN.*Membre associé national* : M. PÉNOYÉE.*Membres correspondants nationaux* : MM. BERLIN (Nice),  
BEUGNIES-CORBEAU (Givet).*Membres correspondants étrangers* : MM. HADGÈS (Caire),  
KUMMER (Genève), LAURO (Naples).

---

Séance du 14 juin 1894.

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance. — M. CHARPENTIER : A propos du procès-verbal, communication de M. Gaulard au sujet du passage des microorganismes dans le lait des nourrices.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers. — Lettre annonçant que le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu à Caen du 9 au 15 août.

*Correspondance manuscrite* : Lettres de remerciements de MM. Boissard, Pichevin, Berlin, Pénoyée, Lauro, Beugnies-Corbeau, Hadgès, Kummer, nommés membres de la société à la dernière séance.

*Communications.* — M. DUMONT : Placenta prævia. Insertion véla-menteuse du cordon. Mort du fœtus tout au début du travail par compression de la tige funiculaire. Accouchement normal. Hémorragie post-partum. — M. BAR : Présentation d'une femme opérée de la césarienne. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, CHARPENTIER, MAYGRIER ET BAR. — M. OLIVIER : Présentation d'un instrument pour insufflation du nouveau-né. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, et OLIVIER. — M. PORAK et DURANTE : Sur un cas d'ostéogénèse anormale chez le fœtus. *Discussion* : MM. GUÉNIOT et PORAK. — M. MAYGRIER : Basioptriesie sur la tête dernière. *Discussion* : MM. GUÉNIOT et MAYGRIER.

M. CHARPENTIER. — J'ai reçu une lettre de M. GAULARD de Lille, à propos de la communication de M. Budin à la dernière séance. M. Gaulard rappelle qu'il a publié, dans le numéro de mars 1892 des *Archives de tocologie et de gynécologie*, une **note relative au passage des microorganismes dans le lait des nourrices, et à leur influence sur la santé des nourrissons**. Deux observations sont rapportées, l'une personnelle et la seconde provenant du service de M. Pinard.

M. DUMONT présente à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national l'observation suivante :

**Placenta prævia. Insertion vélamenteuse du cordon. Mort du fœtus tout au début du travail par compression de la tige funiculaire, accouchement normal. Hémorrhagie post-partum.** (Renvoyé à une Commission composée par MM. Maygrier, Budin, rapp.)

M. BAR. — **Présentation d'une femme ayant un bassin rachitique pseudo-ostéomalacique et chez qui on dut pratiquer l'opération césarienne.** — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter et dont l'observation a été recueillie par MM. Perrin et Eleuterescu, interne et externe de mon service, est une jeune femme âgée de 22 ans, de taille petite (1 m. 30), qui donne des renseignements vagues sur les accidents qui ont marqué les premières années de son enfance. Elle dit seulement avoir marché fort tard, et avoir subi à l'âge de 17 ans une maladie grave, qu'on lui a dit être une tumeur blanche du genou gauche et à la suite de laquelle les déformations de la colonne vertébrale et du genou dont je vais vous parler seraient survenues. Cette femme était enceinte pour la première fois, quand le 2 mai dernier elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait eu ses règles pour la dernière fois le 24 juillet. Elle était donc à terme. Cependant son enfant paraissait peu volumineux. Elle était franchement en travail, le col non complètement effacé, les membranes intactes, l'état général excellent quand je la vis et me décidai à l'opérer.

La section césarienne se fit sans difficulté. Les suites furent aussi régulières que possible. L'enfant, qui pesait 2,300 grammes, partit en nourrice en bon état.

Je me propose surtout d'attirer votre attention sur les déformations du squelette de cette malade, déformations qui ont été sans doute fort bien et souvent décrites, mais que nous avons rarement l'occasion d'observer à un pareil degré.

La colonne vertébrale présente au niveau de la partie inférieure de la région dorsale une scoliose à droite ayant un rayon de 4 centimètres.

Il n'y a presque pas de cyphose en ce point. Du côté gauche se trouve, au niveau de la colonne lombaire, une scoliose à gauche avec lordose bien marquée.

Si nous examinons les membres inférieurs, nous noterons sur les deux tibias les déformations habituelles du rachitisme. Elles sont sensiblement égales des deux côtés. Les fémurs semblent peu touchés par le rachitisme. Le genou gauche est atteint de genu valgum, sans ankylose.

Nous avons pratiqué la mensuration externe du bassin et nous avons obtenu les chiffres suivants :

Diamètre Bi-épineux, 24.5.

Bi-crête, 25.2.

Diamètre pubio-sacré, sacro-pubien supérieur, 17.3.

sacro-pubien moyen, 18.5.

En palpant la région pubienne, il est facile de constater la saillie considérable que fait la symphyse du pubis en avant ; la ligne formée par les bords supérieurs des pubis se porte franchement en arrière et la dépression qui en résulte est plus accentuée à gauche qu'à droite.

En pratiquant le toucher, on peut plus exactement encore apprécier la forme ostéomalacique de ce bassin. Derrière la symphyse pubienne est une rainure dont les bords formés par les branches ischio-pubiennes, sont assez rapprochés pour que le doigt puisse difficilement explorer la face postérieure de la symphyse. Les deux tiers inférieurs des branches ischio-pubiennes sont encore assez rapprochés pour qu'il y ait un rétrécissement sensible du diamètre bi-ischiatique. En portant le doigt contre la face postérieure des pubis, on peut apprécier le pli avec saillie postérieure qu'ils présentent à l'extrémité interne du trou ovale. Ce pli est bien plus marqué à gauche qu'à droite.

L'angle sacro-vertébral est très accessible. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 c. 5, mais le diamètre conjugué su-

périeur minimum se trouve encore rétréci par la lordose considérable des dernières vertèbres lombaires.

On peut aisément reconnaître que le promontoire est recliné vers la gauche.

En somme, cette malade est une rachitique présentant cette variété de déformation qui a été décrite sous le qualificatif de pseudo-ostéomalacique. Nous trouvons chez elle un bassin asymétrique avec rétrécissement plus accentué du côté gauche. Cette asymétrie est en rapport avec la botterie du côté gauche et la déviation scoliotique à gauche de la colonne lombaire.

**Discussion : M. GUÉNIOT.** — J'accepterai assez volontiers le diagnostic d'ostéomalacie.

**M. BAR.** — Il est pourtant vraisemblable que s'il s'agissait d'ostéomalacie, cette affection n'aurait pas eu un temps d'arrêt. De plus, le genu valgum, les incurvations du tibia, la scoliose appartiennent évidemment au rachitisme. Peut-être, à la rigueur, pourrait-on dire que c'est de l'ostéomalacie greffée sur du rachitisme.

**M. GUÉNIOT.** — En éliminant complètement l'ostéomalacie, on est, en effet, embarrassé, et le mieux est d'admettre une combinaison du rachitisme et de l'ostéomalacie.

Il y a deux ans et demi, j'ai pratiqué, à la Maternité, l'opération césarienne sur une ostéomalacique classique, qui avait déjà eu cinq enfants. Elle était à terme.

Je n'avais pas touché aux ovaires ; cette femme a guéri en trois mois. Elle est redevenue enceinte ; l'ostéomalacie n'a pas reparu. Je l'ai délivrée depuis heureusement par la symphyséotomie.

**M. BAR.** — Dans le cas de M. Guéniot, il s'agissait vraisemblablement d'un bassin à parois molles douloureux, mais peu déformé.

**M. CHARPENTIER.** — Je confirme l'opinion de M. Bar ; les bassins pseudo-ostéomalaciques sont aujourd'hui connus et classés : ce sont des bassins rachitiques à forme ostéomalacique.

Or, chez l'opérée de M. Bar, l'arrêt de la taille, les déformations des membres inférieurs, des clavicules, de la colonne vertébrale appartiennent bien au rachitisme. Seule, la forme du bassin en bec de canard appartient à l'ostéomalacie.

Mais alors voilà une femme qui aurait fait de l'ostéomalacie à 17 ans, et chez elle la grossesse s'est passée normalement et sans les douleurs typiques de l'ostéomalacie.

M. MAYGRIER. — Il y aurait un moyen d'éclaircir la question, ce serait d'interroger cette femme d'une façon précise.

M. BAR. — Il n'est guère possible d'obtenir de réponses nettes.

M. GUÉNIOT. — En tout cas, je ne suis pas convaincu. Car je remarque, de plus, que les fémurs sont droits et sans trace de rachitisme.

M. PORAK. — Quel poids avait l'enfant.

M. BAR. — Il pesait 2.300 gr.

M. PORAK. — Quel était la longueur du diamètre bi-pariétal.

M. BAR. — 8 cent. 1/2.

M. PORAK. — Il me semble, dans ces conditions, que M. Bar aurait pu donner le choix à la symphyséotomie.

M. BAR. — J'ajoute que je n'ai pas enlevé les ovaires. D'ailleurs, aurais-je voulu le faire, que cela m'aurait été très difficile, ces organes étant, en quelque sorte, perdus dans un lacis veineux très serré.

M. GUÉNIOT. — M. Bar a eu raison, car une complication aurait pu survenir, du fait de cette extirpation, et peut-être la femme ne serait pas vivante aujourd'hui.

De plus, elle peut devenir enceinte de nouveau et avoir un enfant vivant.

Je vous ai cité tout à l'heure un cas d'ostéomalacie, dans lequel je n'avais pas enlevé les ovaires : il y a eu une grossesse nouvelle, qui s'est terminée heureusement par la symphyséotomie.

J'ai deux autres exemples de section césarienne, pratiquée il y a 3 ans et 18 mois, chez deux femmes que j'ai réopérées le mois dernier, et avec des enfants vivants.

M. CHARPENTIER. — Je partage absolument l'avis de M. Guéniot.

D<sup>r</sup> AD. OLIVIER. — **Un insufflateur de trousses.** — Messieurs, dans la séance du 7 décembre 1892, je vous ai présenté un nouvel insufflateur dont je vous demande la permission de vous rappeler les caractères : Mon appareil comprenait deux parties : un tube laryngien et un réservoir à liquides.

Le tube laryngien se compose de deux parties *rectilignes* réciproquement perpendiculaires, réunies suivant une courbe représentant le quart d'un cercle de 15 millimètres de rayon (voir fig 1).

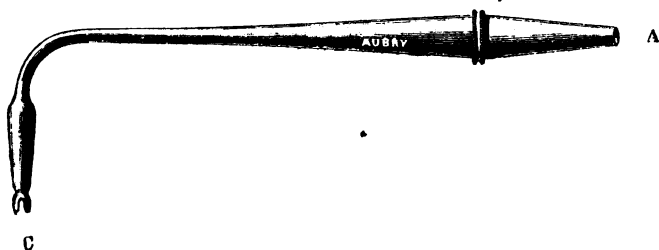


Fig. 1.

La première partie est formée, comme dans le tube de M. Ribemont, de deux cônes adossés, l'un court et circulaire, cône de frottement destiné à pénétrer dans l'ajutage du réservoir à liquides que nous décrirons plus loin et à servir aussi d'embouchure ; l'autre, beaucoup plus long, est d'abord aplati transversalement, puis cylindrique ; il est absolument *rectiligne*. Le premier cône a 3 centimètres, le second 11 centimètres, ce qui donne pour la longueur totale de l'instrument 14 centimètres. Nous avons donné à cette première partie un centimètre de plus que dans le tube de L. Ribemont, parce que ce dernier nous a paru un peu court dans certains cas, et qu'il est ainsi mieux en main.

La seconde partie, partie laryngée, est constituée par un cône de 25 millimètres de long légèrement aplati transversalement et terminé par un bouton séparé du cône par une gorge. L'ouverture, au lieu d'être placée sur cette gorge comme dans le tube de M. Ribemont, a été reportée à l'extrémité ; elle a la forme d'une fente de 2 millimètres de large qui remonte sur les faces latérales. Cette disposition, fort importante, a pour but d'empêcher la muqueuse d'être entraînée pendant l'aspiration. La base du cône laryngé a un diamètre de 7 millimètres, celui du bouton terminal est de 4 millimètres.

L'insufflation devant toujours être précédée de l'aspiration des liquides qui se sont introduits dans les voies respiratoires, il arrive que ces liquides pénètrent dans la bouche, quand on fait l'aspiration directement, surtout quand ils sont peu visqueux.

La chose n'ayant rien d'agréable et pouvant même être dangereuse quand on a affaire à un enfant syphilitique, nous avons fait construire (fig. 2) un réservoir en verre, relié par un pas de

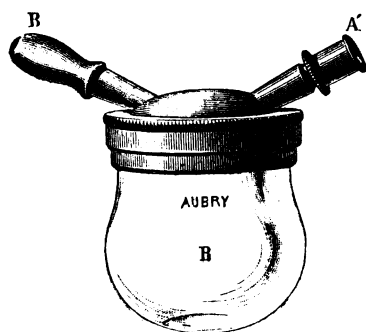


Fig. 2.

vis à un couvercle métallique muni d'un ajustage à frottement interne A' destiné à recevoir le cône A du tube et d'une embouchure B ; ce réservoir, se démontant, peut être facilement nettoyé et aseptisé.

Notre appareil ainsi constitué n'était pas commode à mettre dans la trousse à cause du volume du réservoir et, de plus, ce dernier étant en verre était exposé à se briser. Je l'ai conservé pour les hôpitaux, où je le crois appelé à rendre des services, mais je l'ai supprimé pour la trousse. Cette suppression m'a amené à modifier le cône de frottement qui n'est pas commode à tenir entre les dents en raison de sa forme circulaire. Je l'ai remplacé par un tube aplati de haut en bas et qui va s'évasant légèrement. Ainsi conformée, cette extrémité est très facile à tenir et les lèvres

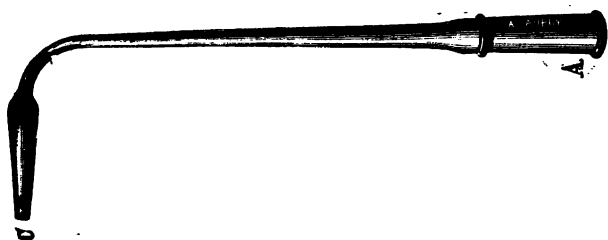


Fig. 3.

s'y appliquent aisément. Cette partie terminale se continue directement avec la partie buccale du tube, de telle sorte que le nettoyage en est facile. (Fig. 3.)

L'expérience m'a aussi conduit à apporter une modification à l'extrémité inférieure de la partie laryngienne. L'ouverture terminale m'a paru insuffisante dans certains cas. J'ai donc supprimé le bouton terminal et l'ai remplacé par une ouverture terminale ovale. Mais afin d'éviter que la muqueuse ne vienne s'y coller, empêchant ainsi l'aspiration des liquides de la trachée, j'ai fait percer un œil de chaque côté du cône laryngien et immédiatement au-dessus de l'ouverture terminale. Dans les 18 mois qui se sont écoulés depuis le jour où je vous ai présenté mon insufflateur, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'appliquer, j'ai toujours pu le faire avec la plus grande facilité, ce qui prouve que la courbure en est bonne. Nous avons fait ainsi modifier l'ajutage à frottement du réservoir en verre de façon qu'on puisse l'adapter sur le nouveau tube pour ceux qui désireraient posséder l'appareil complet (fig. 4).

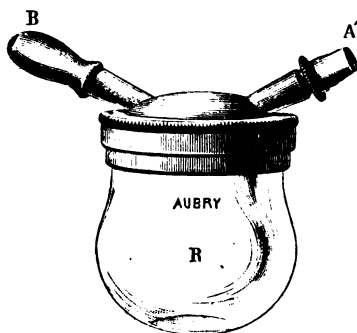


Fig. 4.

**Discussion :** M. GUÉNIOT. — Je crois devoir faire une objection théorique à cet instrument, qui me paraît, d'ailleurs, bien conformé. La présence des petites fenêtres, très favorables évidemment pour l'aspiration, n'apporte-elle pas un obstacle à l'insufflation ?

M. OLIVIER. — Ces fenêtres, une fois l'introduction faite, dépassent les cordes vocales et ne peuvent par conséquent nuire en rien à l'insufflation.



MM. PORAK et DURANTE. **Sur un cas d'Ostéogénèse anormale, caractérisée par une résorption trop intense des travées osseuses, tant d'origine cartilagineuse que périostale.**

*Observation.* — Antécédents : Mère, âgée de 31 ans, concierge. Constitution faible. Réglée à 17 ans, 3 ou 4 jours. Conformation du bassin normale. Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis, ni de tuberculose. Jamais de monstres dans la famille. Pas de consanguinité.

Premier accouchement il y a 5 ans. Enfant du sexe masculin, bien conformé, vivant.

*Grossesse actuelle.* — Dernières règles le 22 février 1893. (?) Grossesse normale. Le 18 décembre 1893, rupture des membranes à 8 h. du matin. Apparition des premières douleurs le 18 à 6 heures du soir. Terminaison le 19, à 2 heures du matin. Garçon vivant, ayant présenté le sommet, en position inconnue. (Ces renseignements nous ont été fournis par la sage-femme qui a présidé à l'accouchement et qui amène l'enfant à l'hôpital Lariboisière, le 20 décembre 1893.)

*Examen de l'enfant.* Sexe masculin. Poids 2.000 gr. La partie supérieure de la tête est aplatie, de sorte que sa configuration générale représente assez bien un tronc de cône à base courbe postérieure. En la touchant, on sent que la voûte crânienne n'est ossifiée que sur les parties latérales. Toute la partie supérieure est molle. C'est à ce défaut d'ossification que l'on doit la forme triangulaire de la tête. En avant, les deux frontaux semblent être arrivés à un degré d'ossification plus avancée, quoique à leur partie supérieure, la suture bifrontale, normale en bas, s'élargisse de façon à former un U. Il est impossible de prendre les diamètres d'un crâne si mou et si dépressible, on ne peut que mesurer sa circonférence horizontale, qui est de 39 centimètres. Longueur de la tête à l'épaule 12 cent.

Cheveux noirs, assez longs. Exophtalmie assez accusée. Langue volumineuse fait saillie entre les lèvres.

Le membre supérieur est tordu sur son axe de façon que la main se trouve en pronation ; le bras et l'avant-bras présentent une courbure à concavité postéro-interne. L'extrémité des doigts n'arrive pas à la crête iliaque. Les doigts sont longs, la main est bien constituée. Longueur du membre supérieur 12 cent.

Le thorax est normal.

Les cuisses sont en abduction, les fémurs semblent courbés, à concavité interne, les jambes sont fléchies sur les cuisses et dirigées obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Le dos du pied regarde en dehors. Il est impossible d'étendre les jambes. Le membre inférieur, mesuré du grand trochanter au talon, mesure 12 cent. L'ombilic se trouve à peu près à l'union des  $\frac{2}{3}$  supérieurs avec le  $\frac{1}{3}$  inférieur du corps.

La longueur totale du fœtus, les jambes fléchies, est de 39 cent.

L'enfant est mis en couveuse et confié à une nourrice, chargée de l'allaiter, mais il tette mal et il baisse de poids chaque jour. Il pèse 1.900 g. le 24, 1,850 le 25, 1,800 le 26 (diarrhée verte, benzo-naphtol), 1.777 le 27, 1.725 le 28. Il meurt le 28 décembre à 4 heures de l'après-midi.

*Examen du cadavre.* — La peau est peu épaissie ; au niveau des membres elle présente une épaisseur de 1 cent. ; elle est moins épaisse encore au niveau du thorax et du cou.

La voûte du crâne est représentée par une membrane dans laquelle on sent des points d'ossification des différents os de la voûte crânienne.

Sur les parties latérales, on rencontre un point d'ossification arrondi de la largeur d'une pièce de 1 franc, représentant l'écaille du temporal. Immédiatement au-dessus et séparé par un espace de 2 cent. un deuxième point, également arrondi, représentant le point d'ossification du pariétal, et un peu moins large qu'une pièce de 5 francs.

En arrière, l'occipital est ossifié à sa partie inférieure ; à sa partie supérieure, il présente quatre points d'ossification, deux médians, deux latéraux. A la partie supérieure des deux frontaux, on trouve deux points d'ossification.

L'ossification de la base du crâne paraît normale.

Thymus petit.

Cœur et poumons normaux.

Le foie est petit, dur et congestionné, il crie sous le couteau. A sa face inférieure vers la partie moyenne, tache rosée, bien limitée, de la grosseur d'une lentille. A la face convexe du lobe gauche, cicatrice ramifiée, à fond vascularisé. La vésicule biliaire est remplie d'une bile noirâtre, le canal chodéloque est perméable.

Rate normale.

Encéphale et moelle ne présentant rien de particulier.

Les os du thorax et les vertèbres paraissent normaux. Les lésions portent exclusivement, au moins en apparence, sur les os des membres.

L'humérus est courbé, il a 45 millimètres de longueur, sa largeur est considérable, elle mesure de 10 à 12 mill. Les cartilages épiphysaires sont normaux. La cavité médullaire très large contient une substance molle, rouge, interrompue de tabécules osseuses très rares, surtout aux extrémités. L'os constitue un manchon périphérique très mince, présentant par places des fissures.

Le radius et le cubitus ont une longueur à peu près égale à celle de l'humérus.

Cette apparence se reproduit sur les autres os des membres et est caractérisée par l'intégrité du cartilage épiphysaire, l'agrandissement de la cavité médullaire, la minceur papyracée du manchon osseux qui l'entoure, l'existence de fissures étroites, l'absence de réparation osseuse périostée au niveau des fissures, la symétrie des lésions, l'intégrité du périoste, qui est, cependant, peut-être épaissi.

Le fémur mesure 62 millimètres. Points d'ossifications de 1 mill. de diamètre à l'épiphyse supérieure, et de 6 mill. à l'épiphyse inférieure. Incurvation au milieu de l'os, simulant une fracture, sans cal. Épaisseur considérable de l'os, qui mesure, à sa partie médiane, 14 mill., à son extrémité supérieure, 16 mill. et à son extrémité inférieure, 17 mill.

Le tibia et le péroné mesurent 48 millim. de longueur. Il existe à l'épiphyse supérieure du tibia un point d'ossification d'un mill. Son épaisseur est de 12 mill. au centre et de 13 aux extrémités.

On voit que malgré le poids très peu élevé de 2.000 gr. de cet enfant, il était néanmoins à terme ou près de son terme, puisqu'il présente à l'extrémité inférieure du fémur le point d'ossification caractéristique. La maladie qu'il présentait a donc retenti de la façon la plus sérieuse sur sa nutrition générale et a nui gravement à son développement.

L'un de nous, M. Durante s'est chargé de faire l'examen histologique des os. Voici le résultat de ses recherches.

#### *Examen histologique :*

Les principaux os des membres, un pariétal, un doigt ont été

durcis 48 heures dans le liquide de Lang, puis dans l'alcool. Décalkification par l'acide picrique, puis, pressé par le temps, par l'acide nitrique. Coloration des coupes au picro-carmin et au carmin lithiné d'Orth.

Les os des membres sont très fragiles. On peut constater qu'ils sont formés d'une très mince coque osseuse calcifiée, de  $1/2$  ou  $1/3$  de mill. d'épaisseur, se rompant à la moindre pression, limitant un canal central rempli de moelle osseuse et presque aussi volumineux que le corps de l'os.

Sur une coupe longitudinale d'une épiphyse on trouve en se portant de l'extrémité de l'os vers la diaphyse : Le cartilage diarthrodial hyalin, puis une zone cartilagineuse plus opaque qui devient d'un blanc gris après un séjour dans l'alcool, puis la zone d'ossification d'une épaisseur de  $1/2$  à  $2/3$  de mil. ; enfin la moelle osseuse.

*Ossification cartilagineuse.* — Au microscope, sur une coupe longitudinale de l'épiphyse supérieure du *Fémur*, on constate que le cartilage diarthrodial est normal. Formé de petites cellules en forme de virgules, il est encore assez vasculaire. En se dirigeant vers la ligne d'ossification, les cellules cartilagineuses augmentent progressivement de volume, et se multiplient activement. D'abord isolées, elles se réunissent en groupes qui se disposent en forme de boyaux allongés perpendiculairement à la ligne d'ossification et qui ne sont autres que les volumineuses capsules-mères que l'on retrouve normalement à ce niveau. Cette disposition en série s'accroît de plus en plus et se produit très régulièrement. Au niveau du point d'ossification les capsules-mères qui contiennent six à huit cellules filles, s'ouvrent et entrent en communication avec la moelle osseuse. La substance hyaline séparant les dernières rangées de capsules prend une coloration un peu plus foncée par le picro-carmin et se strie légèrement parallèlement à la direction des boyaux cellulaires. Une fois les capsules-mères ouvertes et leur contenu vidé dans la moelle osseuse, la substance hyaline fibrillaire se prolonge en travées plus ou moins ramifiées, bordées de cellules cartilagineuses, d'ostéoblastes, mais ne s'infiltré pas normalement de sels calcaires, prend incomplètement et même ne prend pas du tout l'aspect osseux.

Ces travées, en effet, ne se poursuivent pas bien loin ; elles diminuent rapidement de nombre et de volume, et paraissent être

résorbées soit par les petites cellules rondes de la moelle, soit par des cellules de 2 à 3 fois plus considérables, ressemblant aux ostéoclastes, mais qui ne sont pas notablement plus nombreuses que normalement. Il en résulte qu'à cette zone d'ossification, au lieu de succéder du tissu osseux, succède bientôt un tissu qui ne mérite même plus le nom de tissu spongioïde, car le nombre des travées y est excessivement faible et l'on n'y rencontre plus guère que des éléments médullaires à gros noyaux, serrés les uns contre les autres, et s'appuyant sur des vaisseaux larges constitués par une paroi endothéliale très nette et par une tunique fibromusculaire très mince.

Les travées que l'on observe de loin en loin, sont parfois régulièrement constituées par des lamelles osseuses plus ou moins bien marquées, pouvant limiter au canal de Havers, séparées par des ostéoblastes (qui parfois conservent une réfringence cartilagineuse, ce qui donne à ces travées un aspect fibro-cartilagineux) et rarement tapissée d'un revêtement continu de petites cellules ovalaires à gros noyaux (ostéoblastes); mais fréquemment elles sont incomplètement développées; les cellules osseuses semblent y faire défaut, la substance fondamentale, au lieu d'être disposée en lamelles, a une apparence irrégulièrement fibrillaire et généralement la couche superficielle d'ostéoblastes est absente. Le bord de ces travées est presque toujours dépourvu de cellules sauf, par places, où l'on y constate de volumineux corps cellulaires multinucléaires (ostéoclastes), logés dans des encoches qu'ils paraissent avoir façonnées par résorption.

Dans quelques points, surtout dans les environs de l'encoche d'ossification, les cellules de la moelle osseuse conservent longtemps une réfringence cartilagineuse.

Dans la tête de l'*Humérus* sectionnée longitudinalement, on retrouve la même disposition. Les cellules cartilagineuses, après avoir augmenté de volume, se stratifient dans de grandes capsules-mères qui, s'allongeant perpendiculairement à la ligne d'ossification, viennent s'ouvrir dans la moelle osseuse. Mais ici les boyaux capsulaires sont plus courts que dans le fémur et les travées hyalines marquant le début de l'ossification, n'ayant guère que la longueur d'une capsule-mère, sont promptement résorbées.

Les autres épiphyses présentent un aspect identique.

Partout les capsules cartilagineuses se sérissent normalement

avant de venir se vider dans la substance médullaire et partout les travées d'ossification privées de leur revêtement d'ostéoblastes sont bientôt résorbées en plus ou moins grande quantité avant d'avoir pu donner naissance à un tissu osseux même spongieux.

Les vaisseaux de la moelle osseuse, très nombreux, paraissent normaux.

*Ossification périostique* : Sur les coupes longitudinales et perpendiculaires des diaphyses on peut étudier l'*ossification périostique*.

Ici la disposition est toute différente.

De la face profonde du périoste partent de nombreuses fibres de Sharpey, et il se forme des systèmes osseux parfaits, unis les uns aux autres en forme de jeu de patience. On y retrouve des lamelles osseuses concentriques avec leurs ostéoblastes et des canaux de Havers longitudinaux avec anastomoses transversales.

Mais cette zone ossifiée n'a qu'une faible épaisseur (1/2 mil. à 1/3 mil. environ).

Les travées osseuses, en se dirigeant vers la profondeur, diminuent d'épaisseur, paraissent être résorbées peu à peu, et font place bientôt à un tissu médullaire très pauvre en travées osseuses qui font presque complètement défaut.

L'os se forme donc ici, mais il est presque aussitôt détruit comme au niveau de l'épiphyse.

En quelques points, qui répondent aux noyaux d'ossification épiphysaire secondaire (trochanter, tubérosités, etc.), on trouve des îlots de cartilage diarthrodial, entourés d'un périchondre très épais qui entre, en certains points, en contact avec le périoste diaphysaire.

Il semble parfois à ce niveau que le cartilage donne naissance à du tissu osseux par son périchondre sans disposition en série des capsules, mais il ne s'agit que d'une apparence. Le périoste diaphysaire tapissant le corps de l'os est appliqué contre le périchondre qu'il double en dedans, et l'on ne se trouve qu'en face d'une ossification périostale identique à celle que nous avons décrite plus haut.

Au crâne l'ossification est à peu près normale. Les épines osseuses du pariétal se présentent sur les coupes comme des noyaux osseux plus ou moins allongés à lamelles concentriques et entourés d'un périoste fibreux. En un ou deux points cependant, les

ostéoblastes sont limités par une zone claire et la substance osseuse, plus transparente, ne montre pas nettement ses systèmes de lamelles. L'examen histologique ne nous explique donc pas le développement si restreint des os de la voûte du crâne.

La *peau* constituée par un épiderme et un derme normaux recouvrant la couche adipeuse habituelle chez le fœtus, ne paraît pas sensiblement épaissie.

Le *foie* et le *rein* ne présentent rien de particulier à signaler au point de vue histologique. On n'y rencontre, en particulier, pas trace de syphilis.

CONCLUSIONS: Il s'agit donc, dans cette observation, d'une altération de l'ossification qui intéresse l'os périostique et l'os cartilagineux, mais surtout ce dernier. En effet, le périoste arrive à construire une coque osseuse, mince il est vrai, mais régulière; le cartilage, au contraire, ne donne nulle part naissance à des tissus osseux normaux quoique ses cellules prolifèrent abondamment et que les capsules-mères qui en résultent se seraient bien parallèlement à la ligne d'ossification et viennent régulièrement s'ouvrir dans la moelle osseuse. L'ossification cartilagineuse ébauchée ne se poursuit pas, ne s'achève pas, peut-être parce que, ainsi que nous l'avons vu, les ostéoblastes ne se déposent pas régulièrement autour des travées osseuses; l'ossification périostale arrivée à un degré plus avancé ne progresse plus.

Il semble y avoir ici un processus de résorption interne qui détruit les travées osseuses à mesure qu'elles sont produites et ceci d'une façon plus active au niveau du cartilage que du périoste, quoique l'os périostal n'y échappe pas, lui non plus.

La grande activité formatrice du système osseux pendant la vie intra-utérine expose le fœtus à des troubles assez fréquents. Ils ont été l'objet de nombreux travaux. On en trouvera, au moins par les travaux allemands, une bibliographie étendue dans une monographie de Sigfrid Müller et parue récemment dans les *Münchener Medicinische Abhandlungen*, 40<sup>e</sup> Heft.

Le rachitisme vrai, très bien étudié par Parrot et par Kassowitz est très commun pendant la vie intra-utérine. Il est caractérisé par les mêmes lésions qu'on retrouve plus tard dans la première enfance.

La production du tissu spongieux au dépens de la couche chondroïde du cartilage épiphysaire et dans la couche sous-périostée, le siège électif des lésions aux côtes, le craniotabe, l'existence de fractures, la production de couches ostéophytiques au dessous du périoste la distinguent. L'évolution de la maladie est très lente et aboutit à la période éburnée. Ces lésions semblent se confondre chez le fœtus avec les lésions de la syphilis osseuse, quoiqu'aujourd'hui, contrairement à l'opinion de Parrot, on est d'accord pour séparer les lésions syphilitiques de celles du rachitisme.

Il existe une autre maladie du fœtus qui frappe de préférence les os longs. Ils sont plus courts, ordinairement incurvés, suivant l'action des muscles. Cette lésion produit chez le fœtus la micromélie. Elle se présente au point de vue anatomique sous deux formes très tranchées. Tantôt les os sont remarquablement durs, épaissis surtout aux extrémités, avec un canal médullaire oblitéré. Tantôt les os sont mous, quelquefois flexibles ou friables, avec un canal médullaire très élargi et recouvert comme d'un manchon de tissu osseux et papyracé.

Dans ces deux formes, la fracture ne se produit pas ou doit être très rare. Lorsque l'os est dur, il l'est d'une façon régulière; il ne se rompt par conséquent pas par action musculaire. L'incurvation observée doit faire supposer que le cartilage d'où il est issu était flexible, ou bien qu'il constitue en réalité un mode de guérison de la forme, où l'os est ramolli. Dans la forme, où l'os est ramolli, il l'est dans toute son étendue. La cavité médullaire est très élargie et l'os ne représente qu'un manchon périphérique, qui se fissure, mais ne se fracture pas dans toute sa largeur. Rien ne ressemble au travail réparateur du cal au niveau des fissures.

Il est donc certain que la maladie osseuse du fœtus, caractérisée par des fractures quelquefois comptées en si grand nombre, n'a aucun rapport avec les formes morbides précédentes, si nettes au point de vue clinique.

S'agit-il dans ces différentes formes des stades successifs d'une même maladie? S'agit-il, au contraire, de maladies différentes? Quelle place occupe dans ces lésions la maladie que Parrot a décrite sous le nom d'achondroplasie et que l'un de nous a accepté comme un type morbide bien défini (1)? Ce sont autant de ques-

(1) Porak. De l'achondroplasie. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1889-1890.



tions que des recherches ultérieures et soigneuses parviendront probablement à élucider.

Parrot avait désigné sous le nom d'achondroplasie des lésions qui lui paraissaient dépendre d'une maladie bien distincte. Au point de vue clinique, elle était caractérisée par la micromélie, quelques lésions du crâne, l'éburnation des os longs, l'absence de lésions au thorax, l'épaississement très marqué de la peau. Au point de vue pathogénique, c'était une maladie du cartilage primordial, caractérisée par la tuméfaction des chondroplastes, la diminution de la substance fondamentale de cartilage, d'où la flexibilité des os ; — le défaut de disposition en séries des chondroplastes, des ostéoplastes et l'intégrité du fonctionnement du périoste, d'où le défaut d'allongement de l'os, l'augmentation de son épaisseur, l'oblitération du canal médullaire.

L'hypertrophie de la peau observée dans l'achondroplasie, semblait donner aux troubles généraux de la nutrition, un caractère spécifique bien tranché. Faut-il accorder à ce symptôme une importance assez considérable pour créer à l'achondroplasie un type morbide bien défini ? Nous n'osons plus l'affirmer avec autant de conviction que nous l'avons fait autrefois.

Faut-il considérer ce type comme définitivement acquis ? Cela même semble douteux. La lésion paraît beaucoup plus complexe que ne l'avait entrevu Parrot. Il n'est pas démontré qu'elle soit primitive ; elle pourrait bien être l'aboutissant, le mode de guérison d'une des lésions osseuses caractérisée par la mollesse des os.

En parcourant le mémoire de Parrot (communication à la Société d'anthropologie 1878 et de la syphilis et de rachitis 1886), on se convainc qu'il n'avait pas fait personnellement de recherches anatomiques et histologiques, et qu'il avait basé toute son interprétation pathogénique sur des faits étudiés par Lessing, par Müller et surtout par Urtel. Nous-mêmes, dans notre mémoire, nous n'avons fait aucune recherche histologique. Nous sommes aujourd'hui très frappés que les travaux ultérieurs n'ont pas apporté d'éléments nouveaux et confirmatifs aux opinions de Parrot.

Mais il n'est pas admissible, même en admettant que la lésion d'abord caractérisée par une espèce d'ostéoporose, aboutit à de l'ostéosclérose, d'établir la moindre analogie avec le rachitisme. La généralisation des lésions à tout l'os, son siège aux os longs,

à l'exclusion des os courts et des côtes, les lésions spéciales du crâne très différentes du craniotabes, l'évolution de la maladie qui serait très rapide et parcourrait toutes ses phases pendant la vie intra-utérine, ne permettent absolument pas d'admettre une pareille hypothèse.

Si on veut maintenant ranger à côté des formes relativement simples, dans lesquelles nous avons distingué les différents troubles des lésions osseuses les descriptions anatomiques données par les auteurs, on tombe au point de vue de l'interprétation et de la pathogénie dans un grand embarras.

Les auteurs qui ont eu l'occasion de faire des études personnelles, les ont faites sur des cas uniques ou peu nombreux, ils n'ont guère réussi à établir avec les autres faits enregistrés dans la science des comparaisons satisfaisantes. Ils ont eu de la peine à subordonner les lésions qu'ils ont observées. Frappés de telle ou telle particularité anatomique, ils ont trop souvent cherché à créer autant d'entités morbides. Et celles-ci ne répondent certainement pas à la réalité des faits.

Pour Eberth et Urtel, c'est le chondritis fœtalis ; pour Marchand et Kirschberg, c'est la micromelica chondromalacica ou pseudo-rhachitica ; pour Vrolik, Hecker et Bidder, c'est l'osteogenesis imperfecta dans laquelle l'ossification cartilagineuse présente un processus normal jusqu'à l'apparition de la moelle, mais plus loin il ne se dépose pas de substance osseuse ; l'ossification périostale donne naissance à un os compact où les systèmes de Havers sont remplacés par de vastes espaces médullaires ; pour Winkler, c'est le rhachitis annulans et micromelica ; pour Sildkowsky, c'est la pseudo-chondritis ; pour Kauffmann ; c'est la chondromalacia fœtalis ; pour Paltauf, c'est l'ostéoporosis ; pour Klebs, c'est la dysplasie crétinoïde ; pour Kundrat, c'est l'ostéoporosis ou ostéosclérosis ; pour Sigfrid Müller, c'est l'aplasie périostale avec ostéopsathyrosis, les lésions étant surtout caractérisées dans ces trois dernières formes par une ossification périostale atypique nulle ou presque nulle contrastant avec une ossification cartilagineuse généralement normale dans toutes ses parties.

Cette longue terminologie nous indique bien à quel degré d'extrême confusion on est arrivé pour des faits qui doivent être simples et ne répondre qu'à un très petit nombre d'états morbides.

Mais nous-mêmes, dans quelle catégorie pouvons-nous ranger le cas qui nous est personnel ?

L'enfant que nous avons observé, présente dans son apparence d'assez grandes différences avec les achondroplasiques qui ont été décrits par Parrot et par l'un de nous.

Dans les deux maladies la voûte du crâne est très mal ossifiée, il est vrai que l'ossification de la base était avancée, mais nous ne savons pas si vraiment la réunion des sutures y avait été prématurée, la micromélie et l'incurvation des os longs existent et le thorax est indemne de lésions. Les deux maladies diffèrent en ce que dans notre cas la cavité médullaire des os longs est distendue par un tissu médullaire trop abondant et que la peau a sa structure normale, tandis que dans l'achondroplasie les os longs ont une dureté éburnée et que la peau est épaisse.

Kaufmann avait déjà essayé de les classer en deux grandes catégories, le chondrodystrophia malacia hypoplastica et hyperplastica suivant que l'anomalie était due à une production osseuse excessive ou insuffisante. — Dans la première catégorie on ne peut ranger qu'un petit nombre de formes, une observation de Kundrat, une observation de Kaufmann et l'achondroplasie de Parrot; les os sont éburnés, durs, massifs. — Dans la seconde catégorie, au contraire, le tissu osseux est friable, les diaphyses, à peine ossifiées, sont constituées par une mince couche osseuse souvent incomplète ou même nulle, les travées calcifiées sont rares.

Notre observation rentre dans cette seconde catégorie de faits. Ainsi que nous l'avons vu, les diaphyses étaient recouvertes d'une mince lamelle osseuse périostique papyracée et, au niveau des épiphyses, si les cellules cartilagineuses évoluaient normalement, les travées osseuses à peine formées disparaissaient presque aussitôt, sinon complètement, du moins pour le plus grand nombre.

Chez ce fœtus, ce phénomène semble être dû à un double processus : d'une part, l'ossification se fait mal, les cellules cartilagineuses tombées dans la substance médullaire s'y dispersent; ces futurs ostéoblastes ne se disposent pas régulièrement à la périphérie des jeunes travées pour y sécréter de la substance calcaire et constituer de nouvelles lames osseuses. D'autre part, les grandes cellules polynucléaires, les ostéoclastes, paraissent

doués d'une activité plus grande que normalement et, agissant seuls, résorbent rapidement les travées à peine constituées.

Dans l'os en formation, ce processus de résorption existe constamment à côté du processus formatif ; il est indispensable, non pas à l'accroissement de l'os, mais à son modelage définitif ; toutefois il est largement compensé par l'activité des ostéoblastes qui rajoutent incessamment de nouvelles couches osseuses.

L'origine de ces deux ordres de cellules est encore mal élucidée. Les ostéoblastes, cellules formatives, proviennent, dans les diaphyses des cellules profondes du périoste, au niveau des épiphyses de cellules cartilagineuses qui, tombées dans la moelle, s'appliquent contre les travées et sécrètent la substance osseuse.

Quant aux ostéoclastes, peut-être sont-ils des cellules conjonctives modifiées ou des leucocytes, des cellules migratrices amenées par le courant sanguin et destinées à jouer ce rôle spécial. On connaît, en effet, les propriétés phagocytaires et destructives intenses de cette variété de cellules que l'on rencontre à chaque pas dans l'organisme.

Dans notre cas les ostéoblastes ne se disposant pas le long de travées ne peuvent remplir leur rôle ostéogène et les ostéoclastes agissent presque sans contre-poids.

La pathogénie de cette lésion peut être expliquée de la façon suivante : Au niveau du périoste, les ostéoblastes sécrètent normalement un véritable tissu osseux, presque compact avec peu de canaux de Havers. Par sa face interne, cette lame osseuse est activement résorbée par les ostéoclastes médullaires. Chacun de ces éléments agissant en sens contraire, l'écorce périphérique de l'os persiste grâce à sa formation continuelle, mais reste très mince et ne peut arriver à acquérir son épaisseur physiologique par suite de l'action trop efficace des ostéoclastes.

Au niveau des épiphyses, les capsules cartilagineuses s'ouvrent dans la moelle, leurs cellules se trouvent immédiatement au contact avec des ostéoclastes trop nombreux qui les empêchent de sécréter normalement la substance osseuse et détruisent constamment les travées ébauchées.

Cette lésion paraît donc éminemment constituée par une exagération de la résorption physiologique, tandis que l'action formatrice est affaiblie ou tout au moins insuffisante pour contrebalancer cette destruction excessive.

Dans l'achondroplasie et d'autres variétés analogues, un phénomène opposé semble se produire, puisque l'os formé est, au contraire, compact et trop épais.

Mais n'y aurait-il pas un lien entre ces différentes formes et ces diverses lésions sont-elles aussi distinctes qu'elles le paraissent au premier abord ?

En pathologie, on voit fréquemment l'ostéite condensante faire suite à l'ostéite raréfiante ; dans le rachitisme les os d'abord mous et spongieux, se transforment en un tissu osseux trop dense, trop compact.

Peut-être ces différentes formes décrites constituent-elles les phases successives d'un même trouble trophique ; peut-être, suivant l'âge du fœtus, suivant le moment de la vie intra-utérine où a commencé ce processus pathologique, se trouvera-t-on en présence soit de la phase de production insuffisante, soit de la phase de production exagérée du tissu osseux. Tous ces pseudo-rachitismes, ces ostéogénèses imparfaites ne seraient que les états successifs d'une même affection survenue à une époque variable de la grossesse et arrivée à des périodes différentes de son évolution.

Pour élucider ce point délicat, il faudrait de nombreuses observations très complètes qui seules, en les comparant attentivement, pourraient donner la clef du problème et confirmer l'hypothèse que nous émettons ici.

Quant à la cause première de ces altérations, elle est plus difficile encore à élucider, vu l'absence presque complète des documents nécessaires. Peut-être est-ce l'effet d'un trouble circulatoire, d'une disposition anormale des vaisseaux.

Mais cela expliquerait mal l'intégrité fréquente du cartilage et son évolution régulière.

Peut-être s'agit-il d'une affection nerveuse, d'une altération de la moelle épinière, d'un trouble trophique d'origine centrale déterminant une diminution ou une augmentation de l'activité de certaines de ces cellules importantes de l'ostéogénèse.

Toutes les suppositions sont possibles et elles sont trop aisées à faire lorsqu'elles ne s'appuient sur rien. Il serait nécessaire d'examiner à cet effet avec soin, non seulement le tissu osseux qui a fait jusqu'ici les frais de toutes les recherches, mais encore les centres nerveux qui peut-être présentent des lésions histolo-

riques importantes et dont jusqu'à présent l'étude a été complètement négligée.

Au point de vue symptomatique, nous devons mettre en évidence les caractères dominants de la maladie que nous avons décrits : 1° le peu de poids du fœtus cependant à terme (2.000 gr.) ; 2° la micromélie par défaut d'allongement et par incurvation symétrique des os longs des membres ; 3° l'augmentation d'épaisseur des os longs dans toute leur étendue ; 4° l'ossification très retardée des os de la voûte du crâne, normale ou prématurée à la base.

Nous nous sommes suffisamment étendus dans le cours de ce travail pour ne pas revenir sur chacun de ces points.

Cette maladie doit être rangée dans les dystrophies. La lésion médullaire des os ne peut être rangée ni dans les maladies inflammatoires, ni dans les maladies néoplasiques. C'est un trouble de nutrition qui ne frappe pas seulement les os, mais tout l'individu, puisque, bien à terme, le fœtus ne pèse que 2.000 grammes.

L'augmentation de l'os en épaisseur se déduit assez nettement des détails circonstanciés dans lesquels nous sommes entrés plus haut et le mode de développement des anomalies d'ossification nous échappe.

Le défaut d'allongement des os longs s'explique aisément par le défaut d'ossification épiphysaire. L'augmentation de la cavité médullaire, le tissu osseux réduit à un simple manchon papyracé sous-périosté rend compte du défaut de résistance de tout l'os. Il cède sous l'action musculaire continue ; d'où la production des incurvations.

**Discussion :** M. GUÉNIOT. — A propos de cette intéressante observation, je rappellerai qu'ayant eu deux fois, en moins de dix-huit mois, à pratiquer l'opération césarienne sur une même jeune femme achondroplasique, deux fois je fis naître un enfant vivant, offrant des caractères très accusés de l'achondroplasie.

La *première* de ces opérations eut lieu le 17 décembre 1892 et, six semaines après (le 31 janvier 1893), je présentais à l'Académie de médecine la mère et l'enfant, tous deux en bon état de santé. Voici ce que je disais au sujet de ce dernier :

« L'enfant est une petite fille du poids initial de 3,150 grammes et qui offre ceci de singulier que sa conformation générale rappelle assez bien la conformation pathologique de sa mère. On constate, en effet, que son front forme un relief très marqué qui surplombe la face ; que ses quatre membres sont relativement très courts et leurs segments supérieurs (bras et cuisses) comme rapetissés, arrêtés dans leur développement, assez semblables en un mot — sauf les incurvations — aux membres difformes de la mère. L'aspect de cet enfant permet donc de le classer parmi les *rachitiques de naissance* (1) ».

J'ai pratiqué la *seconde* opération le 28 mai dernier, 17 mois et onze jours après la première, et j'ai fait naître ainsi un garçon bien vivant, du poids de 2,970 grammes. Cet enfant qui, à l'heure actuelle, est en pleine prospérité, présente, lui, aussi des signes accusés d'achondroplasie. Sa tête est volumineuse ; ses bosses frontales forment une saillie inaccoutumée et ses membres sont relativement courts, surtout dans leur segment supérieur (bras et cuisses). Sa conformation générale rappelle assez bien celle de sa mère, de même que celle de sa sœur. Il s'agit donc, dans l'espèce, d'une sorte de rachitisme ou d'*achondroplasie héréditaire*. Et je puis ajouter que cette hérédité est exclusivement maternelle ; car le père de ces deux enfants est un homme d'environ 30 ans, de taille moyenne et très bien conformé. La mère, au contraire, est une naine rachitique, âgée de 21 ans, qui ne mesure qu'un mètre quinze centimètres. Elle est, aujourd'hui complètement guérie de son opération.

M. PORAK. — L'observation de M. Guéniot m'intéresse particulièrement. La question de l'hérédité dans l'achondroplasie est une de celles qui m'ont occupé surtout dans mon mémoire. C'est ce fait même de l'hérédité qui m'a permis de soutenir avec un argument nouveau l'analogie qui existe entre les achondroplasiques dans l'espèce humaine et la race des bassets chez les animaux. Les achondroplasiques ne pouvant pas accoucher d'enfants vivants si on ne recourt pas à l'opération césarienne ou à la symphyséotomie, l'anomalie n'a pas pu jusqu'à ce jour se fixer.

(1) Voir *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1893, 3<sup>e</sup> série, t. XXIX, p. 69.

**M. MAYGRIER : Basiotripsie sur la tête dernière dans un bassin vicié.** — J'ai eu l'occasion d'intervenir récemment pour terminer l'accouchement chez une primipare âgée, à bassin vicié, dans des conditions particulièrement difficiles. Indépendamment de son importance clinique, ce fait est surtout intéressant au point de vue du manuel opératoire du broiement de tête dernière arrêtée au détroit supérieur rétréci.

Voici cette observation, dont les détails ont été recueillis par M. Bois, mon interne.

Le 4 juin 1894, à 10 heures du matin, se présentait à la consultation du service d'accouchements de la Pitié, la femme M..., âgée de 44 ans, primipare, se disant au terme de sa grossesse. Elle éprouvait des douleurs depuis 7 heures du matin, et avait perdu les eaux à 9 heures, trois litres environ d'après son estimation, et de couleur verdâtre.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Elle n'a marché qu'à deux ans, et la croissance a été lente à se faire. Elle n'accuse aucune autre maladie dans son enfance. Elle a été réglée à 17 ans ; les règles sont régulières et durent 5 à 6 jours. La dernière époque daterait du 17 au 20 septembre, sans que la femme soit très affirmative sur ce point. Elle serait donc enceinte de huit mois et une semaine. Cette grossesse, qui est la première, n'a rien présenté de particulier. Il n'y a ni varices ni œdème des membres inférieurs. L'urine, examinée, ne décèle pas de traces d'albumine.

En examinant la parturiente, on constate que sa taille est au-dessous de la moyenne : 1 m. 47. Les fémurs sont courts, et offrent une légère incurvation à concavité interne, d'où une parenthèse peu marquée ; de plus, ils sont convexes en avant. Les tibias sont incurvés en sens inverse, mais cette déviation est peu accentuée. Le sternum est saillant. Il existe une légère scoliose dorso-lombaire à convexité droite, et la base du thorax est bombée du côté droit. Les bosses frontales sont proéminentes. Il n'existe pas d'altération caractéristique des dents. Le ventre est en obusier. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Les contractions sont fréquentes, et le palper est fort malaisé. On constate cependant qu'il n'y a pas de présentation s'engageant au détroit supérieur ; mais dans la fosse iliaque gauche on



trouve une masse dure et arrondie, qui donne la sensation de la tête. En palpant le fond de l'utérus, on sent vaguement de petits membres ; partout ailleurs, il est impossible le délimiter nettement une région fœtale.

L'auscultation est négative dans toute l'étendue de l'abdomen. La femme déclare ne plus sentir remuer son enfant depuis plusieurs heures.

Au toucher, le col est dilaté comme deux francs, très souple et dilatable. A travers l'orifice cervical, on sent nettement une main dans laquelle repose une anse de cordon procident qui ne présente aucun battement. Un peu plus haut, appuyée sur la lèvre antérieure du col est une autre petite partie qui donne au doigt la sensation d'une plante de pied.

Tout à fait au-dessus de ces procidences, et en combinant le palper au toucher, on atteint à peine du bout du doigt, une masse dure, qui semble être la tête.

L'angle sacro-vertébral est facile à atteindre ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 c. 5 environ ; de plus le bassin est manifestement étroit sur ses parties latérales ; il est symétrique, mais généralement rétréci.

Pendant toute cette exploration, le liquide amniotique s'écoule vert, et le doigt ressort souillé de méconium.

En résumé, il s'agissait d'une primipare âgée, rachitique, arrivée au commencement du neuvième mois, en travail avec rupture précoce des membranes, ayant un bassin généralement rétréci, de 8 cm. environ de diamètre promonto-pubien minimum, et chez laquelle le fœtus mort depuis peu, se présentait la tête en bas, mais nullement engagée, avec des procidences multiples du cordon et des membres.

La mort du fœtus simplifiait la situation au moins au point de vue du choix de l'intervention, qui ne pouvait être en pareil cas qu'une embryotomie.

Dans l'après-midi, la femme continua à avoir des douleurs de plus en plus fortes et à intervalles rapprochés. A 4 heures, le col était comme une petite paume de main, très dilatable. On sentait toujours par le toucher une main et le cordon ; la procidence simultanée d'un pied n'était plus douteuse. Quant à la tête, elle s'était rapprochée de la ligne médiane, et appuyait sur le détroit supérieur.

A six heures du soir, le col était suffisamment dilatable, et l'utérus se rétractant de plus en plus, je me décide à intervenir.

Après anesthésie chloroformique, j'introduis la main droite, dans le vagin afin de me rendre d'abord un compte exact de la situation du fœtus. Je rencontre la main gauche, le cordon, sans battements, qui fait une anse assez notable, et le pied droit; puis tout à fait au-dessus et en avant de la symphyse, la tête en occipito-iliaque gauche transverse.

Je saisis le pied et je cherche à l'abaisser. Je peux l'amener facilement au dehors. Je le fixe alors avec un lacs, et je dégage le membre inférieur tout entier. Le siège apparaît à la vulve, puis le membre inférieur gauche; le tronc est dégagé jusqu'aux épaules. Les deux membres supérieurs sont relevés, mais leur abaissement ne présente pas de grandes difficultés: le bras antérieur, déjà en partie sorti est dégagé le premier, puis le postérieur.

Reste la tête, arrêtée transversalement au détroit supérieur, et dont l'occiput regarde à droite. Le menton est tellement élevé, l'espace dans lequel se meut la main est si resserré, que c'est à peine si je puis parvenir à introduire un doigt dans la bouche du fœtus. J'y arrive cependant, et j'essaye la manœuvre de Champetier de Ribes, en faisant appuyer fortement sur le front par un aide. Mais ces efforts sont inutiles, et il est évident que la tête ne pourra pas s'engager à travers la filière pelvienne, à moins d'être diminuée de volume.

La basiotripsie sur la tête dernière est donc résolue.

La perforation présente de très sérieuses difficultés. La seule partie accessible de la tête étant le menton, j'essaie de faire la perforation par la voûte palatine, sans pouvoir y parvenir, la mâchoire inférieure ne pouvant être suffisamment abaissée pour donner passage à l'instrument. Je suis obligé d'introduire le perforateur par la région sus-hyoïdienne, et de traverser le plancher buccal et tout le massif osseux de la face pour pénétrer dans la cavité crânienne. La main de l'aide qui pendant cette opération est appliqué sur le fond de l'utérus éprouve nettement la sensation que l'instrument est bien dans le crâne où il se meut librement. Le perforateur est alors retiré; il ne s'écoule que très peu de substance cérébrale; je le coiffe du capuchon, en ayant soin de placer celui-ci à gauche du côté où regarde la face: puis

je le réintroduis, non sans quelque difficulté, par la même voie, dans le crâne du fœtus. La branche gauche est ensuite appliquée assez facilement sur la face, et articulée au perforateur, et le petit broiement est effectué. La tête se trouve alors solidement saisie entre les deux premières branches du basiotribe ; mais c'est en vain que je cherche à l'entraîner dans l'excavation ; elle reste immobile au-dessus du détroit supérieur, et d'ailleurs c'est à peine s'il est sorti un peu de matière cérébrale. L'application de la seconde branche, suivie du broiement complet de la tête, est donc absolument nécessaire. Mais l'introduction de cette branche présente des difficultés insurmontables ; le tronc me gêne considérablement et l'espace qui reste libre dans le bassin est tellement resserré que je ne puis parvenir à la placer.

Je songe alors à me débarrasser du tronc du fœtus, dont la présence est la cause principale de la difficulté à introduire la seconde branche. Je pratique la section du cou avec des ciseaux ordinaires. Une fois la décollation faite, je peux manœuvrer plus aisément, et pendant qu'un aide maintient solidement les deux premières pièces du basiotribe et fixe ainsi la tête, j'arrive enfin à introduire et à appliquer sur la région occipitale la branche droite. Le grand broiement est effectué très lentement ; la substance cérébrale s'écoule en abondance ; l'extraction se fait ensuite en combinant à de légères tractions un mouvement de rotation qui ramène d'avant en arrière le grand axe de la tête broyée.

Pendant toutes ces manœuvres, le périnée est resté intact. La délivrance se fait presque aussitôt spontanément et sans présenter rien de particulier. Il est 6 heures du soir : l'opération a duré une heure environ.

On constate que la tête a été prise de la face à l'occiput, mais un peu obliquement ; la branche gauche du basiotribe est appliquée sur le côté gauche de la face, et la branche droite répond à la région mastoïdienne droite. La partie la plus large de la tête au niveau du broiement est à peine de 5 cm.

Le fœtus était du sexe masculin, et avait un développement correspondant au moins à huit mois. En reconstituant son poids, on est arrivé au chiffre de 2365 grammes, moins la substance cérébrale.

Les suites ont été très simples. La femme n'a éprouvé aucune

douleur et n'a pas eu la moindre élévation de température. Elle s'est rétablie sans complications d'aucune sorte.

Sans ajouter de longs commentaires à l'observation qui précède, je tiens cependant à faire remarquer combien la perforation et le broiement de la tête dernière dans un bassin vicié peuvent être facilités grâce à l'emploi du basiotribe de M. Tarnier.

Cet instrument permet en effet, lorsque deux de ses branches, le perforateur et l'une des cuillers, sont appliquées, de se débarrasser sans inconvénient du tronc du fœtus, qui peut, comme dans mon cas, mettre obstacle à la terminaison de l'opération. La tête n'a aucune tendance à fuir après la suppression du tronc, et l'achèvement de l'acte opératoire est rendu beaucoup aisé.

**Discussion:** M. GUÉNIOT. — Il a été dit et on a répété que la présence du tronc du fœtus, du cou, ne gênait pas assez pour que l'on puisse pratiquer la décollation. C'est contre cette manière de voir que je réagis volontiers. M. Maygrier a essayé d'éviter la section du cou et il s'est vu obligé de la pratiquer. Lorsque l'enfant est mort, je ne comprends pas cette hésitation.

Dans les cas de volume excessif du fœtus, dû à la putréfaction, il arrive aussi qu'après avoir dégagé la tête, on est très embarrassé pour aller à la recherche des membres. La tête est pressée contre le pubis et empêche toute tentative de manœuvre.

M. MAYGRIER. — C'est dans les cas où la tête restée dernière, flotte dans l'utérus que se montre toute la supériorité de l'instrument de M. Tarnier, avec lequel on a la facilité de bien saisir et de fixer la tête avant de la broyer.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

*Séance du 12 juillet 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

**Sommaire.** — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

**Correspondance imprimée.** — Journaux français et étrangers. — L'obstétrique en Italie, par M. CORADI. — La session de Besançon de l'Association française pour l'avancement des sciences.

**Communications.** — M. CAUBET : Syphilis héréditaire ; trois avortements ; accouchement d'un monstre. — M. BRINDEAU : Rétrécissement congénital de l'intestin grêle. — M. LOVIOT : 1<sup>o</sup> Opération césarienne chez une femme à bassin normal au cours d'une grossesse normale méconnue. 2<sup>o</sup> Présentation du siège décomplété, mode des fesses (S. I. D. P.), constatée deux mois avant l'accouchement chez une primipare. Tentative infructueuse de version par manœuvres vagino-abdominales, sans chloroforme. Accouchement à terme un mois plus tard. 3<sup>o</sup> Occipito-iliaque droite non réduite chez une primipare à terme. Réduction manuelle à la première tentative. Dégagement en occipito-pubienne. — M. DEVY : Note ayant pour objet de préciser, dans le type idéal du bassin normal de la femme, la hauteur moyenne du promontoire et de la pointe du coccyx par rapport aux lignes horizontales sus-pubienne et sous-pubienne. — M. LARDENNOIS : Accouchement spontané et facile chez une primipare cyphotique à rétrécissement marqué du détroit inférieur.

M. CAUBET. — **Syphilis héréditaire. — Trois avortements. — Quatrième grossesse : accouchement d'un monstre.** — *Antécédents héréditaires* : Le père de la malade qui fait le sujet de cette observation est mort d'une hernie étranglée.

Sa mère, syphilitique, a eu 6 enfants dont 1 mort-né, 3 morts en bas âge (1 jour, 15 jours, 1 mois), 2 vivants actuellement : 1 garçon, 19 ans, anémique, 1 fille, 28 ans, *notre malade*.

*Antécédents personnels* : Madame K...., dans son enfance, a eu le carreau, la coqueluche, la vulvo-vaginite des petites filles. Régliée à 14 ans, régulièrement. A 15 ans : chloro-anémie.

Puis gomme à la cheville droite, pour laquelle on prescrivit

de l'iodure de potassium : cette gomme, ayant été prise pour un abcès fut ouverte au bistouri (la cicatrice est encore visible).

Mariée à 18 ans (il y a dix ans), en 1883.

Son mari est en très bonne santé, et n'a jamais eu la syphilis

1<sup>re</sup> grossesse en 1885, enfant mort-né à 6 mois 1/2, 1<sup>er</sup> avortement.

2<sup>e</sup> grossesse en 1887, accouchement prématuré à 8 mois, enfant macéré, 2<sup>e</sup> avortement.

Au mois de septembre 1891 je fus appelé pour la première fois auprès de Madame K... par son mari, qui était venu me chercher pour accoucher sa femme.

Depuis neuf mois, Madame K... se croyait enceinte, et malgré l'apparition d'un léger flux sanguin tous les mois, une sage-femme avait affirmé la grossesse et avait prescrit de l'ergot de seigle pour arrêter les hémorrhagies mensuelles.

L'abdomen était devenu très volumineux, la malade percevait les mouvements du fœtus !!

Se croyant à terme, Madame K... avait éprouvé pendant la nuit des douleurs revenant à intervalles réguliers. La sage-femme fut appelée, puis, trouvant le travail anormal, elle demanda l'assistance d'un médecin.

C'est alors que l'on s'adressa à moi.

Je fis l'examen de la malade et ne constatai que.... l'absence de la grossesse.

Les douleurs d'*enfantement* se calmèrent subitement : l'abdomen reprit son volume normal, mais je dois ajouter qu'en dehors de l'examen obstétrical la jeune femme avait l'apparence d'une gestante à terme (on pouvait faire sourdre du colostrum en pressant le mamelon).

Une *troisième* grossesse se déclare l'année suivante et le 2 octobre 1892, la malade ayant éprouvé une violente émotion, me dit-elle, fait une *fausse couche de 2 mois* environ, 3<sup>e</sup> avortement. Madame K... m'avoua l'existence d'une *métrite ancienne* (douleurs dans la région lombaire, pertes blanches empesant le linge), et, comme depuis la fausse couche, il y avait un écoulement muco-purulent et sanguinolent très abondant, je propose le curetage qui est accepté et que nous pratiquons, sous le chloroforme, le Dr Auvard et moi, le 10 octobre 1892.

La malade, après cette opération, retrouve la santé, reprend ses forces et vient un jour me consulter, se plaignant d'avoir « *mal au nez* ».

Je l'adresse à mon ami le Dr Cuvillier, qui trouve une gomme ulcéreuse dans la fosse nasale gauche.

Je soumetts la malade à l'iodure de potassium à haute dose (3 grammes par jour pendant vingt jours et repos de dix jours). Le traitement fut admirablement toléré.

Une *quatrième* grossesse a lieu et probablement sous l'influence du traitement ioduré, arrive au terme, l'enfant vivant, sans hydramnios.

L'accouchement s'effectue le 14 septembre 1893. Le travail dura 22 heures, les grandes douleurs se manifestèrent pendant dix heures.

Présentation du sommet en O. I. G. A.

Je ne romps pas la poche des eaux, dont la rupture n'a lieu qu'avec l'expulsion de la tête.

La tête se dégage en occipito-pubienne, puis je pratique le dégagement de l'épaule antérieure la première. Le périnée est intact.

Le cordon gras et très contourné est sectionné après la cessation des battements funiculaires.

La délivrance est naturelle : l'examen du placenta révèle à la coupe des noyaux fibro-granulo-grasieux, indices d'hémorrhagies anciennes : on n'y trouve pas d'autre particularité anormale. Les membranes sont intactes.

L'enfant pèse 2 k. 850 : sa longueur est de 51 c/m. Sexe : féminin.

On constate à son inspection :

1° Un *Bec-de-Lièvre* double, *compliqué*, avec adhérences de la lèvre à la gencive. Sans fentes alvéolaires, ni division de la voûte palatine.

Le tubercule médian est projeté en avant, faisant une assez forte saillie.

— Du côté gauche la division de la peau se continue jusqu'à la narine gauche.

2° *Absence de luvette*. Le fond de la bouche est ogival et les deux bords de l'ogive sont formés par les bords postérieurs de la voûte palatine.

Ce bec-de-lièvre rend toute succion impossible : l'enfant ne put être nourri qu'à la cuiller.

3° *Coryza*. Manifesté par des éternuements fréquents.

4° *Oreilles difformes*. Le pavillon de l'oreille droite a un développement exagéré, tandis que celui de l'oreille gauche est atrophié.

5° *Imperforation de l'urèthre*. — L'enfant n'urinait pas, toute tentative de cathétérisme a échoué.

6° *Ventre ballonné*.

7° *Nœvus* de la dimension d'une pièce de 2 fr. sur l'omoplate droite.

8° *Vices de conformation*.

a. — *Médius* de la main gauche replié sur lui-même et ne se relevant qu'artificiellement pour reprendre aussitôt sa position fléchie — donc : *paralyse de l'extenseur commun des doigts*.

b. — *Pied-bot varus* équin droit.

c. — *Orteils en griffe* au pied gauche.

d. — *Genoux gros* : l'articulation fémoro-tibiale gauche est surtout très volumineuse.

e. — Jambes incurvées en dedans.

Il n'y a pas de déformations apparentes, ni de malformations des os du crâne : pas d'ophtalmie, les yeux paraissent normaux ; pas de plaques muqueuses génitales ni buccales, pas de pemphigus, pas d'hypertrophie du foie, ni de la rate.

Il n'y a pas non plus d'imperforation du rectum : l'enfant, dès sa naissance, a eu de la diarrhée verte pour laquelle je prescrivis de l'Eau de Vichy et le lait stérilisé.

Mort le 3<sup>e</sup> jour. — L'autopsie n'a pu être pratiquée : (je ne pouvais la demander). — Les suites de couches furent normales. La mère est actuellement en très bonne santé.

*Conclusions*. — En résumé :

Femme atteinte de syphilis héréditaire, ayant eu trois avortements et une grossesse imaginaire, soumise à l'action du traitement spécifique ioduré après l'apparition d'une gomme syphilitique de la fosse nasale gauche. Curetage pour endométrite ancienne opéré après le troisième avortement. Guérison.

Une quatrième grossesse est amenée jusqu'au terme sous l'influence du traitement ioduré.



Accouchement d'un monstre ; dont les anomalies principales sont :

- 1° Un bec-de-lièvre compliqué.
- 2° L'imperforation de l'urèthre.
- 3° Le pied bot varus equin du pied droit.

**Discussion.** — M. BUDIN : L'observation de M. Caubet est très intéressante. Elle deviendrait importante s'il avait trouvé dans les auteurs des faits analogues de vices de conformation multiples chez des enfants dont la mère était atteinte de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise. On sait déjà que les vices de conformation ne sont pas rares lorsqu'il y a hydramnios. Notre collègue, M. Bar, en particulier, a insisté sur ces faits. D'autre part, l'hydramnios coïncide assez souvent avec la syphilis. La syphilis et les vices de conformation se trouveraient-ils donc aussi dans le rapport de cause à effet ? C'est ce que certains auteurs tendent à admettre, c'est ce que des recherches bibliographiques et des observations nouvelles permettraient peut-être d'établir.

**M. BRINDEAU. — Rétrécissement congénital de l'intestin grêle.** — Observation prise dans le service de M. Budin. — N° 203. Antécédents héréditaires, père mort à 40 ans de tuberculose, mère vivante, 3 frères et sœurs bien portants. A. P., aucune maladie, 3 grossesses antérieures, tous les enfants sont morts, le 1<sup>er</sup> d'une méningite, le 2<sup>e</sup> d'athrepsie, le 3<sup>e</sup> fausse couche de 3 mois. Grossesse actuelle bonne. La femme est enceinte de 8 mois. Rien de particulier pendant l'accouchement.

L'enfant est mis au sein le lendemain de l'accouchement, on lui donne un peu de lait stérilisé qu'il boit bien.

Rien de particulier à noter jusqu'à présent, l'enfant a bonne mine et ne vomit pas.

Le surlendemain, la nourrice remarque que l'enfant vomit du lait non digéré. Il est examiné, son état général est bon, on nous dit que l'enfant a rendu son méconium quoiqu'en moins grande quantité. Dans la journée l'état s'aggrave, il vomit tout ce qu'on lui donne, il ne veut plus prendre le sein. A 4 heures de l'après-midi on vient me prévenir que l'enfant vomit des matières jaunâtres,

*J'examine alors l'enfant avec soin. On me montre les linges qui l'entourent, ils sont souillés de matières jaunes liquides, ressemblant absolument à des matières de l'intestin grêle. Son facies est assez bien, quoiqu'un peu grippé. A l'examen l'abdomen est très distendu, il y a de la circulation supplémentaire. A la percussion, sommité exagérée dans toute l'étendue. Depuis le matin l'enfant n'a plus rendu de méconium, il n'a pas eu une seule évacuation de matières fécales après sa naissance. J'introduis le petit doigt dans le rectum, j'entre dans l'intestin et je ne sens aucun rétrécissement, je ramène au bout de mon doigt une grande quantité de méconium. J'introduis une sonde molle et je puis la faire entrer jusqu'à 12 cm. sans difficulté, je donne alors un lavement à l'enfant avec cette sonde, mais le liquide ressort autour de la sonde. Une cuillerée d'huile de ricin qui est immédiatement rejetée avec une grande quantité de liquide fécaloïde. La température est de 34° dans le rectum.*

M. Budin est prévenu, il nous dit qu'il faut faire opérer l'enfant qui doit mourir forcément si l'on n'intervient pas. Il nous permet d'aller prévenir M. Chaput pour faire une laparotomie à l'enfant.

L'enfant est endormi à 11 heures du soir. On fait la laparotomie médiane, il s'échappe un peu de liquide louche à odeur fécaloïde.

Les anses intestinales très descendues font immédiatement hernie au dehors.

Elles sont violacées, et recouvertes par places de fausses membranes.

On essaie d'examiner l'intestin sans le sortir hors de la cavité, mais il est impossible de le dévider. On agrandit alors l'ouverture et l'on étale tout l'intestin sur des compresses bouillies.

Il est facile de voir que c'est l'intestin grêle qui est considérablement distendu. En cherchant le point de départ de l'obstruction, on arrive tout à fait en arrière sur une partie rétrécie qui se continue avec le cœcum. Cette partie est grosse comme un crayon environ. Tout le gros intestin est rétracté et paraît vide.

La partie rétrécie est dure et il est impossible de faire circuler les matières situées au-dessus.

Incision entre 2 pinces. On essaie de pénétrer dans le bout inférieur avec une sonde cannelée. On le peut à peine et on retire du méconium *très épais, gluant*, formant un véritable bouchon,

Ne pouvant rien faire on abouche les deux bouts dans la plaie après avoir refermé le ventre (sutures à la soie). On essaie alors de faire sortir par pression les matières par le bout supérieur. Impossibilité absolue.

On débouche avec une sonde cannelée et on retire du méconium épais filant. Après avoir retiré une certaine quantité il se fait une véritable débâcle de liquide jaunâtre et de gaz.

On injecte du liquide et on exprime de façon à en retirer le plus possible.

On cherche à injecter par le bout inférieur, mais impossibilité absolue.

On recouvre la plaie avec du coton. L'enfant meurt le lendemain à 9 heures. Il a survécu 9 heures.

*Autopsie.* — On retrouve les mêmes lésions. La partie dilatée est un peu moins volumineuse que pendant la vie. La partie rétrécie porte sur la dernière partie de l'iléon. Elle mesure 8 à 10 centimètres, elle a la grosseur d'un crayon ordinaire, elle est très dure, et sa lumière est très petite. On peut à peine y introduire une sonde cannelée. Cependant il n'y a d'obstruction complète nulle part. Le gros intestin ne contient presque plus de méconium. Pas d'autres malformations dans les organes.

Au microscope on trouve toutes les tuniques épaissies.

L'épaississement porte surtout sur la tunique muqueuse.

Le chorion de la muqueuse présente de nombreuses cellules embryonnaires.

Observation intéressante : 1° Par sa rareté : cas de Darne, *Archives de médecine*, 1828.

Cas de Luton 1855, Société Biologie.

Porak et Bernheim, en 1891, Société obstétricale.

Emesson, *New-York med. Journ.*, 1890, hématomé.

Hirschsprung, l'un est mort à 30 jours et l'autre à 6 mois.

Pas si rare, Silbermann a pu en réunir 75 cas.

Il doit du reste en passer inaperçus.

3° Par son siège : presque toujours au commencement et à la fin de l'intestin grêle.

3° Par la cause : arrêt de développement, péritonite intra-utérine, brides, ulcérations intestinales, épaississement anormal des différentes tuniques.

4° Pronostic : rapides cas de Herschsprung, 30 jours et 6 mois, il y en a peut-être qui ne sont pas incompatibles avec la vie.

5° Par le traitement : médical ?

— — — chirurgical. — Pas d'anus, laparotomie qui permet d'établir un diagnostic, agir alors suivant le siège. Si le rétrécissement siège très haut, rien à faire, très bas, 2 temps anus, entéro-anastomose.

M. LOVIOT. — FAITS CLINIQUES. — 1° **Opération césarienne chez une femme à bassin normal au cours d'une grossesse normale méconnue.** (Observation résumée.) — Il y a quelques mois, une nourrice que j'avais placée vint me trouver de la part de sa patronne qui craignait, en raison de certains signes, que sa nourrice ne fût enceinte, pour avoir mon avis à ce sujet. Après avoir demandé et obtenu l'agrément de la nourrice, je l'examinai et je reconnus une grossesse de 3 mois environ, assez nettement pour pouvoir être tout à fait affirmatif.

Depuis, j'avais perdu de vue la cliente et la nourrice, quand la tenancière d'un bureau où la nourrice s'était présentée peu après mon examen, en disant que je l'avais déclarée enceinte, mais qu'elle n'en croyait rien, m'apprit, il y a quelques jours, que la susdite nourrice avait été opérée récemment dans un de nos hôpitaux parisiens et qu'on avait extrait.... un enfant qui se mit immédiatement à crier.

Je procédai à une enquête pour savoir si le fait signalé était exact, et je pus me convaincre en effet qu'après avis du chirurgien et de l'accoucheur de l'hôpital en question, et en raison des affirmations de l'intéressée qui n'était pas menstruée, en sa qualité de nourrice, et déclarait ne pas pouvoir être enceinte, on était intervenu avec le résultat que j'ai dit.

Le fait me paraît important à signaler, non à cause de sa rareté, car il est malheureusement trop fréquent, mais pour mettre en garde contre une trop grande précipitation à intervenir chez des femmes bien portantes dont les tumeurs toutes physiologiques entreraient au temps prescrit en résolution spontanée.

2° **Présentation du siège décomplété mode des fesses (S. I. D. P.), constatée deux mois avant l'accouchement chez une primipare. Tentative infructueuse de version par manœuvres vagino-abdominales un mois avant l'accouchement, après anesthésie complète par le chloroforme. Innocuité de ces manœuvres. Suppression du point douloureux abdominal (hypochondre**

droit) après les manœuvres vagino-abdominales. **Accouchement à terme d'un garçon pesant à peine six livres à bassin étroit, à membres inférieurs très longs, de telle sorte que le siège et les cuisses relevées formaient une masse d'un volume sensiblement inférieur à celui de la tête fœtale. Pas de circulaire du cordon qui présentait une longueur normale.** (Observation résumée). — Mme X., primipare, 22 ans, D. R. 15 septembre. Grande, bien conformée, bonne santé habituelle. Mandé auprès de cette dame pour surveiller sa grossesse et lui donner les conseils utiles, je constate le 1<sup>er</sup> mai 1894 un siège décomplété mode des fesses (en S. I. D. P.), et plongeant dans l'excavation. En outre un point douloureux très net, soit spontanément, soit à la pression dans la région de l'hypochondre droit et correspondant à la présence de la tête fœtale. Constatation très nette de cette tête et du sillon du cou. Je fais quelques tentatives de version en introduisant deux doigts dans le vagin pour soulever le siège et en agissant d'autre part avec précaution à l'aide de la main abdominale pour abaisser la tête. Je ne réussis pas et n'insiste nullement.

Je revois ma cliente dans le courant de mai, les choses ne sont modifiées en rien.

Je propose alors de faire une tentative sérieuse sous le chloroforme. La famille, qui me connaît de longue date, accepte.

Le 2 juin, avec l'aide d'un confrère proposé au chloroforme et d'une de mes gardes, sage-femme, je procède à la version vagino-abdominale.

J'introduis, la patiente étant en résolution complète, la main gauche tout entière dans le vagin, pour soulever le siège et dégager l'excavation, la main droite soutenant le fond de l'utérus.

Je parviens, sans trop de peine, à repousser le siège et à libérer l'excavation.

Mais il me fut impossible d'abaisser la tête, sur laquelle ma main abdominale exerçait des pressions méthodiques de haut en bas et de droite à gauche.

Après quelques tentatives, je dus renoncer à mon entreprise.

La patiente revint à elle normalement et n'accusa d'autres maux que ceux du chloroforme, encore furent-ils très légers.

Je lui fis garder le lit deux jours et elle reprit ensuite sa vie normale.

L'accouchement eut lieu le 5 juillet, c'est-à-dire un grand mois après l'intervention. Celle-ci ne détermina donc pas d'accouche-

ment prématuré, par rupture des membranes, décollement du placenta ou excitation de l'utérus.

Le 5 juillet, accouchement en S. I. D. P. mode des fesses. Le scrotum, après la rupture des membranes, apparut le premier à la vulve et nous permit de faire précocement le diagnostic du sexe de l'enfant.

Je n'eus qu'à aider un peu classiquement et l'accouchement se termina heureusement en un temps relativement assez court.

L'enfant ne pèse pas tout à fait 6 livres, autant qu'on peut en juger approximativement, la famille israélite ayant une grande répugnance pour le pesage des enfants. Il a un bassin étroit, les membres inférieurs longs, le siège et les cuisses relevées forment une masse d'un volume sensiblement inférieur à celui de la tête fœtale. C'est dans la configuration de l'enfant que nous croyons devoir trouver la cause de la présentation, car le cordon, d'une longueur normale, ne présentait pas de circulaires.

**3<sup>e</sup> Occipito-iliaque droite non réduite chez une primipare à terme. — Réduction manuelle par notre procédé à la première tentative. — Application du forceps classique modifié par nous pour supprimer le décroisement de la cuillère droite introduite première; dégagement en occipito-pubienne d'un bel enfant très bien portant. — Observation résumée.** — Mme X., 28 ans, primipare — blonde, adipeuse, lymphatico-nerveuse, bonne grossesse, pas d'albumine, entre en travail le 1<sup>er</sup> mai 1894. O. I. D. P., constatée depuis un mois environ. Travail lent. Deux heures après dilatation complète de l'orifice utérin et rupture des membranes, tête profondément engagée ne se réduit pas. Bruits du cœur fœtal normaux, inertie utérine.

Réduction manuelle sous le chloroforme administré à dose analgésique, rotation obtenue à la première tentative. Application du forceps modifié par nous, branche droite la première sans décroisement. Extraction en O. pubienne d'un bel enfant très bien portant. Suite de couches normales.

**Discussion.** — A propos de la seconde communication de M. Loviot : Présentation du siège décomplétée, etc. . . .

M. GUÉNIOT. — La conformation du fœtus et celle de l'utérus peuvent bien expliquer la présentation primitive, mais n'expliquent pas l'insuccès de M. Loviot. Notre collègue a bien appuyé sur la tête dans le bon sens, mais celle-ci ne s'est pas abaissée.

Dans des cas analogues, on arrive parfois à changer la présentation, mais il est alors difficile de la maintenir.

Je me rappelle un fait personnel, où il s'agissait d'une présentation du tronc. La dilatation était complète et la poche des eaux intacte. Je fis, mais sans succès, une tentative de réduction par manœuvres externes.

Rompant les membranes, j'introduisis la main pour pratiquer la version. Je trouvais un vide, le fœtus étant tout au fond de la matrice. La cause était un enroulement du cordon, ainsi que je le constatais, et je me félicitais de n'avoir pas réussi dans mes tentatives externes.

M. LOVIOT. — Dans mon observation, je n'ai rien constaté du côté du cordon. J'avais bien pu abaisser la tête, mais le tronc ne suivait pas : le fœtus formant une tige rigide, qu'il ne m'était pas possible d'incurver.

M. G. DEVY. — La présente note n'a d'autre objet que de préciser, dans le type idéal du bassin normal féminin, la hauteur moyenne du promontoire et de la pointe du coccyx, par rapport aux lignes horizontales sus-pubienne et sous-pubienne. — Si l'on s'en réfère aux différents auteurs, accoucheurs ou anatomistes, qui ont écrit sur la question, on constate en effet un écart assez sensible entre les chiffres qu'ils enregistrent. Ces résultats contradictoires sont d'autant moins compréhensibles que l'accord existe, ou peu s'en faut, sur les données du problème. Celui-ci, dès lors, ne saurait comporter qu'une solution unique.

Ces données que nous allons rapidement passer en revue sont :

**A. Pour le Promontoire :**

1° l'ouverture de l'angle que forme avec l'horizon le diamètre promonto-sus-pubien.

2° la longueur de ce même diamètre.

**B. Pour la pointe du coccyx :**

1° l'ouverture de l'angle que forme avec l'horizon le diamètre coccy-sous-pubien.

2° la longueur de ce même diamètre.

Diam. S. Oc. Bregm. 9  $\frac{3}{4}$

S. Oc. Front. 9  $\frac{3}{4}$

Bi. Par. 8  $\frac{3}{4}$  (9  $\frac{1}{4}$ ) diminué.

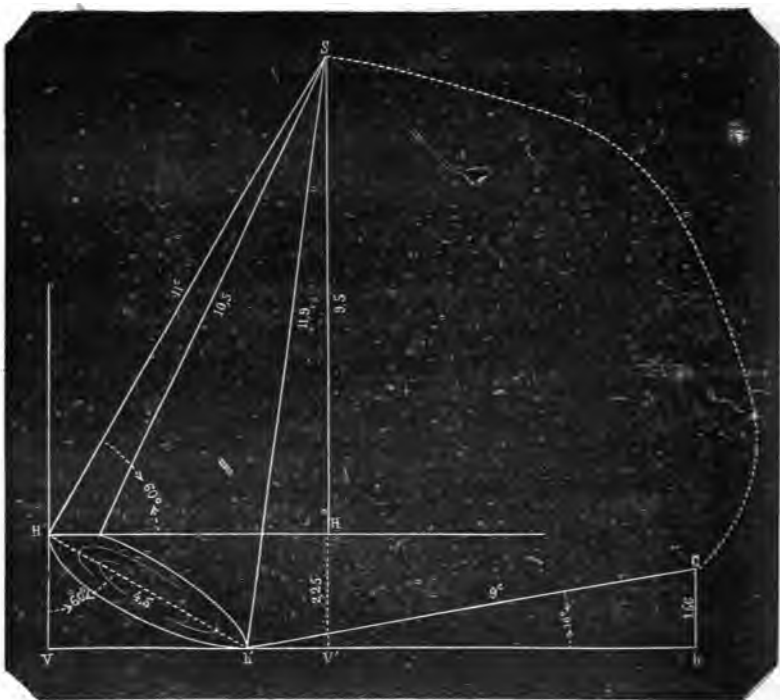
Bi. Temp. 8 (8  $\frac{1}{2}$ )

Occip. Ment. 11  $\frac{1}{2}$  (13)

**A. Sur la femme adulte et dans la station debout, on admet**

que l'inclinaison moyenne du bassin normal mesure  $60^\circ$ . Les travaux les plus récents, ceux de HERMANN MEYER, de PROSCHOW-NICK, de CHARPY n'ont pas infirmé sur ce point les recherches de NÆGELÉ vérifiées par le professeur SAPPEY.

En ce qui concerne la longueur moyenne du diamètre antéro-postérieur du grand détroit, personne, croyons-nous, ne conteste le chiffre de 11 centimètres pour le diamètre promonto-sus-pubien, réduit à 10 centimètres 5 pour le promonto-pubien minimum ou diamètre utile du professeur PINARD.



Appelons  $HH'$  l'horizontale rasant le bord supérieur de la symphyse,  $SH'$  le diamètre promonto-sus-pubien,  $SH$  la distance verticale du promontoire à l'horizontale sus-pubienne. Pas n'est besoin d'être grand clerc en géométrie pour poser et résoudre l'équation suivante :

$$SH = SH' \sin 60^\circ$$

$$\log SH = \log SH' + \log \sin 60^\circ = 9c, 5$$

B. S'agit-il maintenant de déterminer la distance moyenne qui



sépare verticalement la pointe du coccyx de l'horizontale menée par la partie médiane inférieure du ligament triangulaire (lig. arcuatum des Allemands et du P<sup>r</sup> FARABEUF), nous possédons aussi les éléments nécessaires.

L'ouverture de l'angle que forme cette horizontale avec le coccy sous-pubien est égale à 10° (NÆGELÉ). Le diamètre coccy-sous-pubien, d'après LUSK, mesurerait 10 centimètres ; suivant BOISSARD et VARNIER, on ne devrait lui attribuer que 8 centimètres. En adoptant avec BUDIN le chiffre moyen de 9 centimètres, H H' représentant la ligne horizontale sous-pubienne, ch' le diamètre de coccy-sous-pubien, on obtient :

Ch (Hauteur du coccyx au-dessus de l'horizontale sous-pubienne) = ch' Sin 10°.

$$\text{Log ch} = \text{log ch}' + \text{log Sin } 10^\circ = 1 \text{ c. } 56.$$

Que si l'on veut trouver la hauteur du point S au-dessus de l'horizontale sous-pubienne, le problème n'est pas moins facile à résoudre.

La symphyse pubienne est inclinée en moyenne de 60° sur la verticale (CHARPY — Etudes d'anatomie appliquée). La longueur de son grand axe H' h' (y compris l'épaisseur du ligament triangulaire) mesure environ 4 cent. 5. Le triangle rectangle VH' h' étant la moitié d'un triangle équilatéral, la hauteur V H' (représentant la distance qui sépare les 2 horizontales sus-pubienne et sous-pubienne) est égale à la moitié de l'hypoténuse H' h'.

$$VH' = \frac{Hh'}{2} = \frac{4 \text{ c. } 5}{2} = 2 \text{ c. } 25$$

En ajoutant ce chiffre au chiffre 9 c. 5, qui correspond à la hauteur du promontoire au-dessus de l'horizontale sus-pubienne, nous obtenons le total 11 c. 75, c'est-à-dire une longueur égale à 1 millimètre 1/2 près à la longueur du diamètre promonto-sous-pubien. On constate entre ce dernier (11 c. 9) et le promonto-pubien minimum une différence de 1 c. 4.

En résumé, on le voit, nos résultats se rapprochent beaucoup de ceux auxquels sont arrivés NÆGELÉ et MM. TARNIER et GUANTREUIL. Par contre, ils sont loin de concorder avec ceux que M. POIRIER a donnés dans une publication récente.

M. LARDENNOIS, interne des hôpitaux. — **Accouchement spontané et facile chez une primipare cyphotique, à rétrécissement marqué du détroit inférieur**, observation prise à la Crèche de la Charité, service de M. le Dr C. PAUL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société Obstétricale l'observa-

tion d'un cas d'accouchement spontané et facile d'un enfant à terme et assez bien constitué chez une primipare rachitique et cyphotique, entrée le lendemain 25 juin, avec son enfant, dans la Crèche de M. le docteur Constantin Paul.

L'accouchée, H. (Marie), 27 ans, célibataire, offre quelques antécédents tuberculeux, sa mère et un frère morts de tuberculose pulmonaire, aucune autre déformation du squelette dans la famille.

C'est vers l'âge de trois ans que commence à se montrer insidieusement et sans troubles fonctionnels la cyphose et les autres malformations rachitiques que nous étudierons tout à l'heure.

Toujours bien portante, sauf quelques crises d'hystérie, elle est réglée et régulièrement depuis l'âge de 17 ans 1/2.

*Grossesse.* — Les règles apparaissent pour la dernière fois le 20 septembre 1893.

Grossesse supportée sans accidents, sinon de l'œdème des jambes au dernier mois, si bien qu'elle put la dissimuler jusqu'au bout.

*Accouchement.* — Le samedi 23 juin, elle éprouve quelques douleurs dans la journée, mais sans interrompre son travail (elle est fleuriste). Elle rentre chez elle à 10 heures. *A minuit* commence le travail, sans qu'elle ose prévenir sa famille. 2 heures après l'enfant est expulsé spontanément et sans aucune aide ; à 2 heures et 1/2 délivrance ; quelques heures après, on la transporte à la Crèche de la Charité.

L'état général est très satisfaisant.

*Examen.* — Nous l'examinons. L'accouchée a 1 m. 24 de hauteur ; sans nous étendre sur les déformations rachitiques du tibia et du thorax antérieur, sur l'abdomen pendulum, touchant sur les cuisses et rappelant la comparaison classique d'une mamelle énorme dont l'ombilic serait le mamelon, nous étudions surtout la colonne vertébrale et le bassin.

*Colonne vertébrale.* — On constate une cyphose bien marquée formée par la colonne dorsale et la première lombaire, assez basse par conséquent pour amener des altérations considérables dans la forme du bassin. Au-dessous la colonne lombaire forme une courbure compensatrice, de plus et contrairement à la règle générale le sacrum décrit une convexité bien nette. Enfin une scoliose très légère convexe à gauche au niveau de la colonne dorsale qui ne paraît pas avoir influé sur le bassin.

*Bassin.* — Celui-ci est mesuré soigneusement avec le pelvimètre et nous trouvons :

|                                                |          |      |
|------------------------------------------------|----------|------|
| <i>Grand bassin</i> , diamètre bi-épineux..... | 23 cent. | (24) |
| <i>Grand bassin</i> , diamètre bi-crête.....   | 25 cent. | (28) |
| <i>Grand bassin</i> , bi-trochantérien.....    | 28,5     | (32) |

Détroit inférieur, diamètre coccy-pubien.... 8,1/2 (81/2)  
 Détroit inférieur, bi-ischiatique. .... 7 cent. (10)

De plus par le toucher vaginal, on sent les épines sciatiques assez saillantes, mais moins cependant que dans la plupart des bassins cyphotiques et ce détailla son importance.

En somme, bassin cyphotique typique, en entonnoir avec diminution surtout marquée pour le diamètre bi-ischiatique. L'arachitisme ne semble pas avoir corrigé la déviation de la cyphose.

L'enfant du sexe féminin mesurait 47 centimètres et pesait 2 k. 870, il était donc un peu moins développé que la moyenne.

Voici ce que nous a donné la mensuration des principaux diamètres de l'ovoïde céphalique.

Le bi-pariétal et le bi-temporal surtout sont inférieurs à la normale.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante comme exception et il est remarquable de constater que la tête de l'enfant ait pu passer aussi facilement, malgré le notable rétrécissement du diamètre bi-ischiatique (7 centimètres).

On peut essayer d'expliquer le fait par un concours heureux de circonstances favorables.

Tout d'abord, l'enfant était du sexe féminin, un peu moins développé que la moyenne, et présentait des diamètres inférieurs à la normale.

Mais ce qui semble avoir plus d'importance dans le cas actuel, c'est que les épines sciatiques ne présentaient pas de saillie exagérée et que le diamètre bi-sciatique ne semblait pas aussi diminué que le bi-ischiatique.

En effet on sait que ce dernier diamètre peut s'accroître, et notablement, par suite de la laxité des articulations sacro-iliaques qui permet aux os iliaques de basculer autour d'une ligne passant par leur partie moyenne comme une hélice tournant autour de son axe, si bien que lorsque ce diamètre est seul rétréci, le pronostic de l'accouchement est beaucoup plus favorable que ne le feraient croire les mensurations ; le diamètre bi-sciatique, au contraire, est moins susceptible de modifications et apporte au passage de l'ovoïde céphalique un obstacle plus difficile à franchir.

Maintenant les grossesses futures de cette femme se termineront-elles aussi heureusement ? On peut en douter. Sur une statistique de 30 accouchements chez 20 cyphotiques publiée récemment par Puech dans les *Archives de Tocologie*, on ne relève qu'une seule femme, dont l'observation est rapportée dans la thèse de Chantreuil, qui ait accouché ainsi spontanément d'un enfant à terme ; et encore cette femme, dont le diamètre bi-ischa-

tique mesurait 8 centimètres, après deux accouchements spontanés, eut besoin d'une application de forceps la troisième fois et mourut de péritonite à la suite du quatrième qui avait nécessité aussi l'emploi du forceps.

Il faudra donc recommander à cette femme d'être plus prudente à l'avenir et l'avertir qu'elle peut avoir besoin une autre fois d'une intervention.

**Discussion :** M. BUDIN. — Les accouchements spontanés dans les bassins cyphotiques ne sont pas aussi rares que paraît le croire M. Lardennois ; en voici les raisons. En ne tenant compte que du diamètre transverse du détroit inférieur, il faut se rappeler la possibilité d'un écartement très notable des deux tubérosités ischiatiques, mobilité permise par le jeu des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne dont les ligaments et les tissus se sont ramollis sous l'influence de la grossesse. La longueur des bras de levier qui de ces articulations s'étendent aux tubérosités ischiatiques explique encore la possibilité d'un agrandissement considérable.

Mais ce n'est pas tout, il est un autre diamètre du détroit inférieur dont il faut tenir compte, c'est le diamètre antéro-postérieur, celui qui va de la pointe du sacrum au bord inférieur de la symphyse pubienne. Champneys a écrit : « La marche du travail dans les bassins cyphotiques est encore imparfaitement connue bien que ce bassin ne soit pas extrêmement rare. » En effet, on n'a guère tenu compte jusqu'ici de l'existence ou de l'absence d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur coïncidant avec le rétrécissement du diamètre transverse. Si le diamètre antéro-postérieur est très rétréci, le bassin formant un véritable entonnoir, son ouverture inférieure est très petite et l'accouchement ne peut avoir lieu. Si, au contraire, la pointe du sacrum est éloignée du pubis, l'ouverture du détroit inférieur est beaucoup plus grande et il n'existe que peu de difficultés pour le passage de la circonférence céphalique.

M. Lardennois, dans son observation très bien prise, dit que le diamètre coccy-pubien mesurait 8 centim.  $1\frac{1}{2}$ . La distance allant du sacrum au bord inférieur de la symphyse devait donc être de 10  $1\frac{1}{2}$  environ. On comprend que, dans ces conditions, avec un enfant qui n'était pas très volumineux, l'accouchement spontané ait pu se produire.

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 octobre 1894.

Présidence de M. MAYGRIER, vice-président.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Correspondance manuscrite.* — Lettres de MM. MONTOYA et LUGEOL, posant leur candidature de membres correspondants.

*Communications.* — M. NARICH (de Smyrne). Considérations critiques à propos du tracteur du siège appliqué sur le deuxième enfant dans deux cas de grossesse gémellaire, avec indication d'intervenir d'urgence. Deux mères et quatre enfants vivants.

*Discussion :* M. PORAK. — M. PORAK : 1<sup>o</sup> Traitement des végétations vulvaires pendant la grossesse. *Discussion :* MM. MAYGRIER, TOUVENANT et PORAK. — 2<sup>o</sup> Observations de symphyséotomie. *Discussion :* MM. MAYGRIER, OLLIVIER et PORAK. — M. NITOT : Nouvel appareil hydraulique. — M. OLIVIER MACÉ : Septicémie puerpérale traitée par les bains froids. *Discussion :* MM. NITOT, MAYGRIER, PORAK et MACÉ.

M. le D<sup>r</sup> NARICH. — **Considérations critiques à propos du tracteur du siège appliqué sur le deuxième enfant dans deux cas de grossesse gémellaire, avec indication d'intervenir d'urgence. Deux mères et quatre enfants vivants.** — Notre travail concernant le tracteur du siège inventé par nous et fabriqué par Collin, la figure qui le représente et les arguments sur lesquels nous nous basons pour le croire supérieur aux autres procédés de traction sur le siège, ont été publiés dans les Bulletins de la Société obstétricale, séance du 5 mai 1892. Aujourd'hui nous avons l'honneur de présenter l'instrument à la Société en même temps que les deux observations favorables qui font l'objet de cette communication. Cependant, avant de décrire ces cas, nous nous permettrons de faire quelques réflexions critiques rétrospectives.

Dans la susdite séance, M. Ollivier, parlant du lacs, lequel entre dans la constitution de mon tracteur, a dit... « Je m'étonne que M. Narich *répudie* le lacs qui précisément représente la partie réellement active de son instrument. »

Dans cette phrase, où est l'argument ? Si je *répudiais* le lacs

je ne l'aurais pas marié à un crochet spécial pour faire sortir de cette union, que je crois heureuse, un instrument très facile à employer et surtout point dangereux.

M. Ollivier, pour avoir fait, longtemps avant mon tracteur, un excellent travail sur les présentations du siège, est partisan du lacs classique (lacs seul) qu'il préconise particulièrement, et avec raison, dans les cas où les cuisses du fœtus regardent en arrière. Mais le lacs classique a des inconvénients que nous avons déjà exposés dans notre travail, nous y avons même rappelé que les plus chauds partisans de ce procédé, entre autres M. Bar et M. Ollivier lui-même, croient qu'il est des cas où la main ne réussit pas à passer ce lacs. .  
*« et où l'on ne peut pas se passer du porte-lacs » (1).*

Ainsi, il faut un instrument spécial dont l'unique fonction est de passer le lacs ! Et encore, le passe-t-il facilement ? Non ! Car l'opérateur est obligé d'introduire la main et de tâtonner dans les organes maternels pour saisir l'extrémité du ruban qu'il faut ramener hors de la vulve, afin de compléter l'anse de traction. Avec notre instrument ces complications opératoires sont radicalement écartées. En effet, notre tracteur est *lacs* ; il est aussi *porte-lacs* ; il est de plus *crochet*. Et il réunit en un corps les avantages matériels de ces trois instruments, sans présenter les inconvénients que chacun d'eux offre isolément.

Il est encore un argument que l'on peut, je pense, citer à ceux qui, se basant sur leur grande habileté innée, déclarent n'avoir jamais besoin de lacs ni d'instruments pour extraire le siège, et que leur *index* alternativement appliqué *un plus ou moins grand nombre de fois* sur les aines, suffit pour abaisser le fœtus et conduire son tronc hors de la vulve : c'est que, malgré l'habileté de ces opérateurs, l'extraction du siège sera rendue encore plus facile par l'usage de notre tracteur, et cela d'autant mieux que le siège sera plus enclavé, car dans ce dernier cas chaque introduction de la main pour agir alternativement sur les aines équivaut à une intervention. Avec l'invention de notre tracteur, le grand principe de clinique obsté-

(1) Discussion dans la Société obstétricale à la suite de la communication de Maygrier, juillet 1890.

tricale, qui veut que le nombre des tentatives soit aussi limité que possible, est satisfait.

De plus, le doigt que l'on applique sur l'aine représente un crochet osseux, c'est-à-dire trop dur, et d'un diamètre tellement grand qu'il ne saurait pénétrer jusqu'au fond du pli de l'aine. Il reste au-dessous de l'index un vide dans lequel il tend fortement à pénétrer. Le doigt représente alors une noix mordue par une tenaille. Le fémur étant la branche la plus fragile de cette tenaille peut se fracturer. Un académicien, médecin des hôpitaux, étant de passage à Smyrne, me racontait avoir à ses débuts, alors qu'il faisait des accouchements, fracturé un fémur pour avoir trop insisté à extraire un siège au moyen de l'index appliqué sur l'aine, fracture explicable par le mécanisme dont je viens de parler.

Dans l'une des observations qui vont suivre, j'ai d'abord tenté d'abaisser le siège au moyen de l'index. Mais, sentant que la face palmaire de mon doigt n'appuyait pas au fond du pli de l'aine et que l'index était comprimé entre le bassin du fœtus et son fémur, j'avais conscience du danger que courait ce dernier os. Aussi ai-je bien fait de renoncer séance tenante au doigt et d'appliquer le tracteur qui me permit de terminer facilement en dirigeant la force de traction avec plus de sécurité.

Notre tracteur n'a pas pu être présenté à la Société obstétricale lors de notre communication de mai 1892. La figure pourtant et la description pouvaient donner une idée de son fonctionnement. Comme on nous fera l'honneur de le présenter cette fois-ci en même temps que ce modeste travail, l'on verra, j'espère, que l'instrument offre toute la souplesse désirable pour les cas auxquels il est destiné. Dans cet instrument, en effet, le métal n'agit point sur l'aine, il n'y prend aucun point d'appui, le rôle de la partie métal étant de diriger l'instrument, pendant qu'on l'applique, et la force pendant que l'on tire. Cette force de traction, il la transmet au lacs, lequel, garni d'un fragment de tube en caoutchouc si l'on veut, appuie seul au fond du pli de l'aine. Cette dernière région reçoit, par conséquent, une pression douce rendue encore plus élastique grâce à la mobilité du manche sur lequel sont bouclées les extrémités du lacs.

Voici nos deux observations :

Obs. I. — *Multipare faible. — Grossesse gémellaire. — Application de l'écarteur du col de Tarnier. — Version pour le premier enfant. — Tracteur du siège pour le second. — Mère et deux enfants bien portants.* — Mme X., 30 ans. Née délicate et anémique. Fille unique, sa mère est morte d'hémorrhagie le jour de sa naissance. Elle a déjà eu cinq enfants ; au cinquième, me dit-elle, hémorrhagies par placenta prævia. Après cet accouchement reste six ans sans grossesse ; dans cet intervalle, m'ayant consulté pour son anémie, sa débilité, métrite et antéversion, j'emploie : écouvillonnage, scarifications, pessaire de Hewitt, hydrothérapie, etc., moyens qui l'ont considérablement améliorée. Elle reste enceinte pour la sixième fois. Mais cette grossesse est pénible et la ramène à ses premiers maux. Elle se sent de plus en plus faible. L'abdomen surtout, près des aines, et les articulations du bassin sont très douloureux. Elle éprouve une continuelle lassitude. Prend du phosphate de chaux. Vers la fin de la grossesse, léger œdème sus-pubien. A cette époque il y a une trace d'albumine dans les urines ; elle supporte mal le régime lacté. Le volume de l'abdomen, qui est uniformément tendu et *douloureux*, est plus développé que dans ses précédentes grossesses. Au toucher pas de région fœtale engagée. A la palpation, qui est difficile, je sens vaguement une extrémité ronde et résistante dans la fosse iliaque gauche. Pas de douleur dans l'hypochondre droit. A l'auscultation, impossible de découvrir deux centres distincts de battements cardiaques. Pourtant, le jour du travail, j'ai dit au mari qu'il y avait très probablement deux enfants, pensant que l'enfant antérieur se présentait par l'épaule et qu'il y avait en arrière de lui un second enfant situé peut-être verticalement.

Le 1<sup>er</sup> avril 1893, à 4 heures de l'après-midi, on m'appelle d'urgence, la femme venant de perdre subitement de très grandes quantités d'eau, sans douleurs. Arrivé auprès d'elle, je la trouve étendue sur un lit et très effrayée. Elle sent une poussée constante sans douleurs, et affirme que cet accouchement diffère totalement des précédents et s'en montre très inquiète, car elle pense à son placenta prævia d'il y a 6 ans et à sa mère qu'elle perdit à ses couches. Au toucher, le col effacé est dilaté de 3 cen-



timètres ; une main du fœtus tend à traverser l'orifice. Je prépare un lit étroit, dur, élevé ; je l'y place et fais une injection antiseptique. Après 3 heures d'attente, pendant lesquelles il n'y a eu que de rares et légères contractions, le col n'ayant pas dépassé 4 centimètres, et la femme accusant une douleur entre la pointe du cœur et le rebord des fausses côtes gauches, avec tendance à la lipothymie, j'applique sans hésitation l'écarteur du col de Tarnier (deux branches et un seul anneau de caoutchouc), et j'ai une fois de plus l'occasion de constater les merveilleux résultats de cet instrument. Dès ce moment il se développe des contractions douloureuses franches et régulières, qui excitent la parturiente et la relèvent de son état d'abattement. A 8 heures 1/2, après avoir retiré l'écarteur et constaté la large dilatation du col, je place la femme dans la situation obstétricale, me disposant à faire la version.

En ce moment la femme pousse un grand cri. C'est la même douleur, près de la région cardiaque, qui revient plus vive qu'auparavant. La malade crie qu'elle s'en va ; son pouls se ralentit. J'introduis vite la main et fais la version du premier enfant qui sort vivant ; je coupe le cordon entre deux ligatures. La douleur s'étant calmée et la mère demandant du repos, j'attends. L'abdomen est resté assez volumineux ; je sens les battements cardiaques du second fœtus. Au bout d'un quart d'heure il se déclare de fortes contractions subintrantes, et au toucher je sens une poche que je romps et déjà un siège, décomplété mode des fesses près du plancher périnéal. Après un seul essai de refouler le fœtus vers le haut pour saisir un pied, voyant que cette manœuvre, faite dans l'intervalle de deux contractions, exige de l'effort, j'applique d'emblée le tracteur sur l'aîne antérieur et, dirigeant la force dans les directions de l'accouchement physiologique, j'extrais le second enfant également vivant et un peu moins volumineux que le précédent.

Quoique je n'eusse aucun doute sur l'intégrité du fémur et de la région de l'aîne, je les ai minutieusement examinés et trouvés en parfait état. Délivrance naturelle ; un placenta deux poches. Utérus très bien contracté. Suites de couches normales ; point de fièvre.

Obs. II. — *Secondipare très délicate. — Diagnostic de gros-*

*sesse gémellaire. — Travail lent; lipothymies. — Premier enfant vient par le siège; saisie facile d'un pied. — Deuxième enfant, tracteur du siège. — Mère et deux enfants bien portants. — Mme X., 25 ans. Il y a 7 ans a eu son premier enfant qui vit et pour lequel on fit une application de forceps difficile. Elle a perdu une sœur, morte de tuberculose pulmonaire quelques jours après un accouchement naturel et à terme. Etant elle-même très délicate, elle craint sur l'issue de cette seconde grossesse, pendant laquelle elle a beaucoup souffert de sa débilité générale. Elle est très pâle et anémiée. Le 4 avril 1894, on m'appelle à 3 heures du matin, car les douleurs viennent de se déclarer. A perdu une grande quantité d'eau. Ventre très développé. A la palpation je sens un dos à gauche et en avant, avec 148 pulsations fœtales du même côté. La tête de ce fœtus occupe la région épigastrique. A la partie supérieure de cette tête, je trouve 178 pulsations fœtales, d'où l'on conclut à l'existence d'un deuxième enfant situé en arrière du premier. Au toucher je trouve le siège du premier fœtus à mi-chemin de l'excavation et le col dilaté de 6 à 7 centimètres. De 3 à 7 heures la dilatation se complète lentement et péniblement pour la parturiente, qui sent une très grande fatigue. De 7 heures à 8 1/2, le siège n'ayant pas avancé, et vu l'état d'épuisement dans lequel se trouve déjà cette femme délicate, dont le travail pourtant ne dure que depuis six heures seulement, je la place dans la situation obstétricale, j'introduis la main et constate que le siège peut être aisément refoulé jusqu'au détroit supérieur dans l'intervalle de deux contractions. C'est à cause de la facilité de cette manœuvre dans ce cas, et uniquement pour cela, que je refoule le siège, saisis un pied et extrais un enfant qui respire de suite. Je coupe le cordon entre deux ligatures.*

En ce moment la faiblesse que ressent la malade est au comble; elle perd connaissance et l'entourage perdant courage, je ranime les aides en leur tirant vivement les oreilles; et après leur avoir assuré qu'il ne se passe rien de grave, j'introduis rapidement la main, je déchire la seconde poche et, après avoir senti que la tête est dans la fosse iliaque gauche, je vais à la recherche d'un pied. En ce moment une contraction forte et continue surprend ma main dont l'index est au niveau de l'aine du fœtus, la contraction étant continue et prolongée, au lieu d'at-

tendre qu'elle cesse pour saisir le pied, j'*accroche l'aine* et commence à tirer. La contraction diminuant en ce moment, c'est de cette façon *anticlassique* (si je puis m'exprimer ainsi) que j'amène le siège en bas et l'engage dans le détroit supérieur. Mais le canal exigeant pour être traversé des tractions plus énergiques, je sens que l'*index* mordu entre le bassin et le *fémur* du fœtus fait courir des risques à ce dernier os qui pourrait se fracturer. Alors je glisse très facilement le tracteur, l'applique sur l'aine antérieure et pratique jusqu'au bout l'extraction du fœtus en dirigeant la force avec beaucoup plus de justesse que n'eût pu le faire la main embarrassée qu'elle est dans ces cas par la valve qu'elle tamponne. L'enfant a respiré quelques instants après sa naissance.

Après la délivrance faite peu de minutes après l'extraction du fœtus (un placenta, deux poches) la femme, qui était revenue à elle, a eu une série de lipothymies sans hémorrhagies, circonstance qui m'obligea de rester auprès d'elle pendant trois heures pour lui donner des soins, de concert avec ses parents. La femme a repris depuis lors, et ses deux enfants, garçons, se portent bien.

RÉFLEXIONS. — Nous concentrons dans ces quelques réflexions la substance de nos deux communications sur le tracteur du siège en énumérant par ordre de dangers décroissants les divers procédés de traction sur l'aine du fœtus :

1° *Le crochet* simple est le plus mauvais de tous les procédés, de quelque façon que l'on s'en serve. La bande de linge ou le caoutchouc dont on pourrait le revêtir donnent des illusions de sécurité.

3° *L'index* appliqué une ou plusieurs fois et alternativement sur les aines, est un procédé gênant et compliqué. Pour le fémur, l'*index* est bien moins dangereux que le crochet. Mais cette sécurité a des limites, car il résulte de notre présente étude que le doigt est un crochet médiocre, vu surtout son grand volume qui l'empêche de porter son action au fond même du pli de l'aine. Cette dernière circonstance manquant, la tige fémorale peut se fracturer sur l'*index* à la façon d'une canne que, des deux mains, l'on casse sur le genou.

3° *Le lacs* classique était le procédé le moins imparfait, car il possède deux grands avantages : la souplesse, et la possi-

bilité de pénétrer jusqu'au fond du pli de l'aîne sans agir sur le fémur. Mais, en présence de notre tracteur, surgissent les inconvénients du lacs simple tels que les difficultés de son introduction et la nécessité d'un porte-lacs. De plus, M. Ollivier a démontré dans son travail que *quand les cuisses sont en avant* le lacs peut fracturer le fémur, car, dans ces cas, c'est sur le fémur même que porte la traction. Avec notre tracteur ce grave inconvénient pourrait être évité. Comment ? le tracteur étant en même temps crochet métallique, on pourra reporter le manche en arrière de manière à tirer aussi *en arrière* que possible. De la sorte le lacs du tracteur n'agira plus en avant, contre le fémur, mais en arrière et en bas dans le pli de l'aîne.

4° Ce n'est point par droit de paternité, mais par conviction scientifique que nous considérons notre tracteur comme étant en ce moment le procédé le plus favorable que l'on puisse employer pour agir sur le siège du fœtus, ou, si l'on veut, sur le pli de l'aîne du fœtus.

**Discussion :** M. PORAK. — Je vous présente l'instrument de M. Narich. Vous voyez en quoi il consiste. C'est un crochet dont la courbure est bien comprise. Son extrémité est percée d'un orifice qui permet d'y introduire un lacs, qui vient se fixer sur le manche par un dispositif ingénieux.

Si j'ai bien compris la description de M. Narich, il conseille de recouvrir le lacs au niveau du crochet par une sonde de caoutchouc. Il me semble qu'il faudrait attacher le caoutchouc à l'autre extrémité du lacs, du côté du manche. Attaché comme je le propose, son action sur le lacs le laisserait toujours éloigné du crochet et lui donnerait une certaine élasticité.

Si on se décide à se servir du crochet, l'instrument de M. Narich me paraît recommandable. Le doigt ou la main rendent théoriquement le plus de service. Mais la fatigue limite rapidement l'usage des tractions exécutées par ce manuel opératoire.

Dans quelques cas assez rares, on doit recourir à d'autres moyens. J'ai employé le plus souvent le lacs. Je n'ai pas eu de grandes difficultés à le passer au-dessus de l'aîne à l'aide

du doigt. Cependant, je reconnais que, dans quelques cas, j'ai dû me servir de crochets pour le diriger dans le bassin.

**M. PORAK. — Sur un cas de végétations très développées chez une femme, accouchée à terme, et ne diminuant pas pendant les couches.** — Dans la séance du 12 oct. 1893 (*Bull. de la Société obstétricale et gyn. de Paris*, p. 170 et suiv.), à la suite d'une communication d'un de mes internes, M. Paquy, sur les rapports réciproques du cancer de l'utérus et de la grossesse, j'ai abordé (p. 175) incidemment l'étude de l'influence du traumatisme sur la marche de la grossesse. A cette occasion, j'ai soutenu qu'on devait opérer les végétations vulvaires lorsqu'elles étaient exubérantes. Dans la discussion que cette communication a soulevée, l'opinion exprimée par la majorité de nos collègues était que l'opération des végétations pendant la grossesse était inutile, parce qu'elles se reproduisaient, et parce que, non opérées, elles disparaissaient spontanément après l'accouchement.

Sur le premier point, j'ai acquis la certitude que lorsqu'on tenait proprement les femmes et qu'on soignait l'écoulement vaginal, si souvent blennorrhagique dans ces cas, les végétations ne récidivaient pas.

Sur le second point, j'ai dû me borner à affirmer que j'avais vu souvent des femmes atteintes de végétations vulvaires développées quitter l'hôpital vers le 10<sup>e</sup> jour après l'accouchement, à peu près dans le même état qu'au moment de leur accouchement, c'est-à-dire de leur entrée à l'hôpital. Qu'advenait-il plus tard ? Je ne pouvais l'affirmer.

J'apporte aujourd'hui à la Société une observation très probante, démontrant que les végétations peuvent garder longtemps après l'accouchement les dimensions exagérées qu'elles avaient à la fin de la grossesse.

Il s'agit d'une femme de 22 ans, secondipare, arrivant en travail à l'hôpital dans le cours du huitième mois de sa grossesse. (Dernières règles 15-18 oct. 1893. Date de l'entrée à l'hôpital 13 juin 1894.) Elle jouissait d'une bonne santé, elle était accouchée déjà une première fois à terme, et sa grossesse actuelle avait évolué d'une façon à peu près normale ; elle n'avait pas d'albumine dans l'urine.



Cependant, dès le mois de février 1894, c'est-à-dire, au 4<sup>e</sup> mois de la grossesse, elle avait présenté un écoulement blanc qui, par la suite, n'avait fait qu'augmenter.

Elle avait éprouvé des douleurs en urinant pendant près d'une semaine dans les premiers temps de sa maladie, en même temps que les mictions devenaient plus fréquentes et qu'elle éprouvait de la peine à retenir les urines. Les renseignements commémoratifs sont nuls. Dans la seconde moitié de la grossesse, des végétations vulvaires s'étaient développées et elles n'ont fait qu'accroître jusqu'à la fin de la grossesse.

Elles recouvrent complètement, et d'une façon symétrique, la face externe des grandes lèvres et font une saillie au milieu de la tumeur de plus d'un centimètre. Deux groupes assez peu importants existent à l'entrée de la vulve. Le vagin n'en présente pas.

Le travail débute le 13 juin, sans cause appréciable et après 13 heures de douleurs se termine par la naissance d'un garçon présentant le sommet en O. I. G. A. : Cet enfant ne pesait que 1,900 gr. Les soins de propreté et le traitement antiseptique ont été pratiqués avec beaucoup d'attention chez cette femme, et malgré qu'on eût pratiqué la toilette des yeux de l'enfant avec une solution à 1/5000 de sublimé, celui-ci fut atteint très peu de temps après sa naissance, d'une ophthalmie purulente très sérieuse. Cette complication, jointe aux accidents de cystite signalés plus haut, vient apporter un argument démontrant la nature blennorrhagique de l'écoulement présenté par la mère.

On traita très sérieusement l'enfant à l'aide de cautérisations quotidiennes avec une solution de nitrate d'argent et de lotions boriquées fréquentes et on obtint après plusieurs jours la guérison de l'ophtalmie.

Pendant les suites de couches, on fit journellement à la mère des injections vaginales et des lotions vulvaires de sublimé corrosif au 1/4000<sup>e</sup> et immédiatement après un pansement avec de la glycérine iodoformée 1/10<sup>e</sup>.

Ce n'est que vers le 23 juin qu'on constata une diminution très notable de l'écoulement lochial et quelques jours après l'écoulement cessa d'être purulent. Un mois après l'accouche-

ment, l'examen au speculum montra qu'il n'existait pas de vaginite.

Néanmoins, aujourd'hui 13 août, deux mois après l'accouchement, les végétations ont conservé le même développement qu'avant l'accouchement.

Le traitement a consisté, outre le tamponnement vaginal, en un pansement iodoformé de la vulve. Pendant quelque temps les végétations ont été très douloureuses. On a dû faire des onctions avec de la vaseline cocaïnisée 1/20°.

Actuellement les végétations sont un peu plus pâles, mais voilà tout. Leurs dimensions restent identiques.

L'expérience étant concluante, je me suis décidé à les enlever après chloroformisation à l'aide de la curette et des ciseaux lorsque la curette ne mordait pas assez à fond. L'hémorragie fut insignifiante.

L'observation précédente apporte donc une confirmation des idées que j'ai défendues devant vous. Les végétations très développées de la vulve peuvent ne pas guérir spontanément après l'accouchement. Leur ablation pendant la grossesse est donc nettement indiquée.

**Discussion :** M. MAYGRIER. — Je crois, comme M. Porak, que les végétations ne disparaissent pas toujours après l'accouchement. J'en ai même vu un cas. Mais quel avantage y a-t-il à pratiquer l'ablation plutôt avant qu'après l'accouchement ?

M. PORAK. — Je pourrais retourner l'argument de M. Maygrier, mais j'ajoute que la question qui domine est celle de l'antisepsie. Je ne sais pas pourquoi on laisserait plusieurs mois des femmes avec tous les inconvénients de ces végétations, si l'on peut les enlever sans danger, ce qui n'est plus discutable aujourd'hui.

M. MAYGRIER. — Nous sommes évidemment du même avis, du moment qu'il s'agit de végétations grosses et nombreuses.

M. THOUVENAINT. — Je désirerais savoir comment M. Porak enlève ces végétations.

M. PORAK. — A l'aide de la curette aux organes génitaux externes. Dans le vagin et à la vulve, elles sont habituellement petites, bien pédiculées, attachées sur une base pas

assez solide pour fournir une différence suffisante dans la circonstance des tissus, pour que la curette morde bien. Alors je me sers de ciseaux.

**M. PORAK. — Symphyséotomie. — Statistique. — Manuel opératoire.** — La statistique que je sou mets à votre appréciation part de juin 1892 à octobre 1894. Pendant les deux années écoulées, j'ai pratiqué neuf fois la symphyséotomie. Je ne me suis décidé à intervenir par la section de la symphyse pubienne qu'en cas d'urgence et pour éviter l'embryotomie sur un enfant encore vivant.

Le but de ma communication est de donner le résultat de ma pratique et d'attirer votre attention sur le manuel opératoire.

Le premier cas remonte au mois de juin 1892. J'ai présenté l'opérée à l'Académie de médecine et l'observation a été publiée, *in extenso*, dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1892, page 213. En voici le résumé :

**OBS. I.** — Il s'agissait d'une primipare de 25 ans, rachitique, avec un bassin légèrement asymétrique et présentant comme dimension promonto-sous-pubienne, 9 cent., 6. Elle était en travail depuis plus de douze heures, la dilatation était complète depuis plus de trois heures, la poche des eaux rompue depuis plus de dix heures, lorsque je l'examinai. L'enfant présentait le sommet à O. I. D. T.

Une application de forceps plus vigoureuse que je ne la pratiquerais aujourd'hui, me démontra l'impossibilité de l'accouchement par cette intervention et me décida à recourir à la symphyséotomie, suivie de l'extraction de l'enfant avec le forceps. Succès pour la mère et pour l'enfant. Suites de couches bonnes. Cette femme sert actuellement dans mon service, comme infirmière. Elle est active et ne souffre pas à la suite de la marche, ni de la fatigue.

**OBS. II.** — *Cyphose sacro-lombaire. Bassin légèrement asymétrique, diamètre bi-ischiatique 9 cent., 3, diamètre bi-scia-tique 7 cent., 1.; Insuccès d'une première application de forceps. Symphyséotomie suivie d'une seconde application de forceps.*



*Mère et enfant bien portants.* — La nommée L. P., 24 ans, de bonne santé, est entrée à l'hôpital Lariboisière, le 23 mai 1892.

Son père vit et est bien portant. Sa mère, qui mena 7 grossesses à terme et présenta 4 avortements, est actuellement pensionnaire d'un asile d'aliénés.

Elle-même n'a marché qu'à 28 mois ; elle a été atteinte dans son enfance d'une ophthalmie et à 7 ans elle souffrait d'un mal de Pott, qui ne fut guéri qu'à l'âge de 13 ans. Elle dut même garder le lit à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant huit mois.

On constate qu'elle est atteinte de cyphose portant sur les dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires. Le sternum fait une saillie en carène très marquée avec intumescence légère des articulations chondro-costales.

Hauteur à la toise, 1 m. 39. L'extrémité des mains atteint l'union du 1/3 moyen de la cuisse avec le 1/3 inférieur. Pas de courbure anormale des membres inférieurs. Le bassin est légèrement asymétrique, il est infundibuliforme. L'épine sciatique du côté droit fait une saillie plus prononcée que l'épine sciatique du côté gauche, et le diamètre bi-sciatique est notablement plus rétréci que le diamètre bi-ischiatique. On n'atteint pas le promontoire, mais on parcourt avec assez de facilité la plus grande partie antérieure de la ligne innominée. La courbure du sacrum est redressée jusqu'à sa partie la plus inférieure, d'où le coccyx se dirige fortement en avant, tout en étant assez mobile.

Diamètre bi-sciatique, 7 cent., 7 ;

Diamètre bi-ischiatique, 9 cent., 3.

Diamètre coccy-sous-pubien, 9 cent. minimum, 11 cent. maximum. (Coccyx mobile.)

L. P. est enceinte pour la première fois, elle est à terme. Ses dernières règles remontent au 12-15 octobre 1891. Elle entre dans le service, le 23 mai 1892.

Le travail débute le 19 juillet 1892, à 6 h. du matin. La poche des eaux s'est rompue prématurément, le 16 juillet, à 11 h. du soir. La tête de l'enfant se présentant en O. I. D. A., reste au détroit supérieur, quoique la dilatation du col soit presque complète, vers 4 heures du soir. A 4 heures 1/2, voyant que la partie fœtale ne s'engageait pas franchement, je pratique une application vigoureuse de forceps, sous le chloroforme. La vulve était très œdématisée, l'urine ne contenait pas d'albumine.

En face de l'insuccès de l'application du forceps, les battements du cœur de l'enfant étant restés bons, on pratique la symphyséotomie. On incise verticalement, sur la ligne médiane, la région pubienne dans une étendue de 6 centimètres après avoir rasé le mont de Vénus et après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage. On attaque la symphyse à l'aide du bistouri boutonné par en bas et d'arrière en avant, sous le couvert du doigt, garantissant toute blessure de la vessie, la femme étant placée en travers du lit, les membres inférieurs modérément écartés.

Une deuxième application de forceps permet d'extraire très facilement un enfant qui crie très peu de temps après la naissance.

C'est un garçon, pesant 3,030 grammes.

Longueur de corps, 50 centimètres.

Diamètre occipito-frontal, 11 cent., 7.

— occipito-mentonnier, 12 cent., 2.

— bi-pariétal, 9 cent., 4.

— bi-temporal, 8 centimètres.

— sous-occipito-bregmatique, 9 cent., 4.

La délivrance s'effectue normalement dix minutes après.

Poids du placenta, 550 grammes. Membranes complètes. Insertions du placenta sur la partie inférieure du corps de l'utérus, longueur du cordon, 35 centimètres.

L'enfant est en bon état. Toutefois, il présente quelques ecchymoses au niveau du pariétal gauche, dues à l'empreinte de la cuiller des forceps.

Le col de l'utérus présente deux déchirures n'allant pas jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

Deux points de suture sont placés sur la déchirure du col à droite et trois à gauche.

Déchirure ne dépassant pas la moitié antérieure du périnée, s'étend en arrière du côté du vagin. On pratique 4 points de suture.

On suture l'incision de la région pubienne. Pour toutes ces sutures, je me suis servi de crin de Florence. Pansement iodoformé, ouaté. Ceinture de flanelle aussi serrée que possible, ligature des membres.

|                  |       |      |       |     |                                                                     |
|------------------|-------|------|-------|-----|---------------------------------------------------------------------|
| 19 juillet       | Temp. | 38°2 | Pouls | 120 | après l'opération.                                                  |
| 20 juillet matin | »     | 37°2 | »     | 124 | Diarrhée. Naphtol, craie préparée, charbon à 1 gr. champagne, lait. |
| — soir           | Temp. | 37°6 | Pouls | 104 |                                                                     |
| 21 juillet matin | »     | 37°2 | »     | 106 | Diarrhée.                                                           |
| — soir           | »     | 37°  | »     | 104 |                                                                     |
| 22 juillet matin | »     | 37°6 | »     | 104 | Diarrhée.                                                           |
| — soir           | »     | 37°4 | »     | 108 |                                                                     |
| 23 juillet matin | »     | 37°4 | »     | 106 | Diarrhée.                                                           |
| — soir           | »     | 37°4 | »     | 112 |                                                                     |
| 24 juillet matin | »     | 37°2 | »     | 102 | Diarrhée.                                                           |
| — soir           | »     | 37°6 | »     | 112 |                                                                     |
| 25 juillet matin | »     | 37°4 | »     | 112 | Etat de santé très satisfaisant.                                    |
| — soir           | Temp. | 37°4 | »     | 104 |                                                                     |
| 26 juillet matin | »     | 37°  | »     | 94  | Enlèvement des fils de la région pubienne.                          |
| — soir           | Temp. | 37°2 | »     | 100 |                                                                     |
| 27 juillet matin | »     | 36°8 | »     | 94  | Enlèvement des fils périméaux et vaginaux.                          |
| — soir           | Temp. | 37°2 | »     | 100 |                                                                     |
| 28 juillet matin | »     | 36°8 | »     | 92  |                                                                     |
| — soir           | »     | 37°4 | »     | 66  |                                                                     |
| 29 juillet matin | »     | 37°2 | »     | 100 |                                                                     |
| — soir           | »     | 37°6 | »     | 94  |                                                                     |
| 30 juillet matin | »     | 37°  | »     | 80  | On enlève un fil vaginal oublié.                                    |
| — soir           | temp. | 37°  | »     | 80  |                                                                     |

A partir du 30 juillet, pendant les 18 jours suivants, la température oscilla autour de 37° et le pouls se maintient entre 70° et 80°.

Il ne se produisit pas d'incontinence d'urine.

Au moment où on a retiré les fils, la plaie du pénil paraissait être réunie par première intention ; mais le lendemain il y eut disjonction des bords de la plaie qui s'écartèrent d'un centimètre à peu près et se réunirent lentement et sans accident.

L'enfant est allaité par une nourrice. Il subit vers le 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> jour une perte maximum de 75 grammes ; à partir de ce moment,

il augmente régulièrement de poids. Le cordon tombe le 7<sup>e</sup> jour. Le 51<sup>e</sup> jour il pesait 3.550 grammes. Il a donc gagné 520 grammes pendant son séjour à l'hôpital. Quoique l'augmentation de poids laisse un peu à désirer, l'enfant se porte bien.

La mère, qui s'est levée le 20<sup>e</sup> jour, est restée dans le service jusqu'au 9 septembre. La santé est restée excellente.

Le 25 août, je l'ai examinée au point de vue de la mobilité de la symphyse pubienne. Celle-ci présente une oscillation assez étendue. Mais il n'existe en ces régions aucune douleur, et la malade ne se plaint pas de souffrir en marchant.

Cette femme est venue accoucher en février 93 dans mon service. Elle vaquait à ses affaires comme par le passé.

Elle est accouchée cette fois, spontanément. Son enfant pesait 2.700 gr., c'est-à-dire plus de 300 gr. en moins que la première fois. Les symphyses sont restées plus lâches. Cette circonstance et le volume moindre de l'enfant donnent la raison de son accouchement spontané. Dans le bassin cyphotique, on sait que la laxité des symphyses est une circonstance très favorable à l'accouchement. Elle permet l'écartement des ischions. Les os iliaques tournent sur leur axe autour d'un point situé à la partie supérieure et postérieure des cavités auriculaires sacro-iliaques. Les épines sciatiques très éloignées de ce point peuvent donc s'écarter notablement.

Obs. III. — Le sujet de cette observation a été publié dans les Bulletins de notre Société, à la séance du 10 novembre 1892, p. 234. Je me borne à en indiquer le titre : *Trois accouchements antérieurs à terme. Enfants vivants. Quatrième accouchement actuel. Sept applications de forceps, quatre en ville, trois à l'hôpital. Symphyséotomie. Enfant ne peut être ranimé. Mère succombe. A l'autopsie, on constate une perforation très petite à la paroi postérieure du col. Le bassin est rétréci, annulaire, aplati, large transversalement, mesurant au diamètre antéro-postérieur 7 cent., 5.*

Ce résultat fatal doit être mis sur le compte de la déchirure utérine. L'application du forceps suivant le diamètre antéro-postérieur est responsable de cette lésion.

Obs. IV. — *Rachitique, primipare. Bassin symétrique rétréci, canaliculé, mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 9 cent., 2.*

*Insuccès du forceps. Symphyséotomie. Nouvelle application du forceps. Déchirure du vestibule communiquant avec la plaie opératoire. Mort de l'enfant le lendemain et de la mère 7 jours après par septicémie.* — La nommée L. C., 19 ans 1/2, Ipare, est entrée à l'hôpital Lariboisière, le 9 décembre 1892.

Nous n'avons rien d'intéressant à signaler à propos des antécédents héréditaires et collatéraux.

Pendant son enfance, L. C. fut très délicate. Placée à Genève en nourrice, elle y avait été très mal soignée. Elle n'a marché qu'à l'âge de 6 ans, et dès sa tendre enfance, elle était, dit-elle, nouée.

Son squelette est grêle, la taille n'est que de 1 mètre 35. Elle présente un genu- valgum très prononcé. Dans la station debout, les genoux au contact, le corps bien appuyé contre un mur, ses deux pieds restent très écartés l'un de l'autre. On peut mesurer 14 cent. entre les deux malléoles internes. Les deux tibias présentent une convexité interne.

Au thorax, le chapelet costal existe des deux côtés.

La face est légèrement asymétrique. Les dents sont très mauvaises et cariées pour la plupart. Les incisives, qui sont intactes, sont disposées en deux étages séparés par une ligne résultant d'une ponctuation pigmentée de l'émail.

La colonne vertébrale ne présente pas de courbures anormales, mais quelques modifications des apophyses épineuses lombaires de peu d'importance.

L. C. est anémique, d'une santé délicate, mais cependant elle ne se plaint d'aucune maladie sérieuse.

Les dernières règles remontent au 25 février 1891. Elle est enceinte pour la première fois. Sa grossesse, qui a été troublée par des vomissements assez fréquents, a été néanmoins assez bonne.

L'examen fait au moment de son entrée à l'hôpital nous révèle les particularités suivantes :

L'utérus a subi un mouvement de torsion de gauche à droite, autour de son axe vertical, il est incliné à droite. L'enfant est vivant, paraît volumineux, se présente en O. I. D.

Le promontoire est situé assez haut et le sacrum ne s'excave qu'au-dessous de l'articulation de la 5<sup>e</sup> vertèbre sacrée avec la 4<sup>e</sup> où elle forme un faux promontoire.

Distance promonto-sous-pubienne, 9 cent., 2.

Distance fausse promonto-sous-pubienne 10 cent., 5.

L'exploration de la ligne innommée et des parties latérales du bassin nous permet de croire que le bassin est symétrique et que les diamètres transverses du bassin sont relativement grands. Cette appréciation est appuyée sur la mensuration des diamètres externes suivants :

Diamètre des épines antéro-supérieures 23 cent., 5.

— des épines à la symphyse pubienne égales.

— des crêtes iliaques 26 cent., 5.

— des trochanters 29 cent., 5.

Distance des épines postérieures et supérieures 11 cent. Elles sont également distantes de la ligne médiane.

L. C. était en travail lorsqu'elle est entrée à l'hôpital Lariboisière.

Les contractions se suivirent assez régulièrement pendant la nuit et toute la journée du lendemain.

La dilatation du col était complète le 10 décembre, à 8 heures du soir, 24 heures après le début des douleurs. La poche des eaux se rompit spontanément à 10 heures du soir. A minuit, quatre heures après la dilatation complète, deux heures après la rupture de la poche, la tête de l'enfant restant appliquée au détroit supérieur et ne présentant aucune tendance à s'engager, j'appliquai, par acquit de conscience, le forceps. Les tractions exercées sur l'instrument furent très modérées et très prudentes, suffisantes pour donner l'assurance que l'extraction de l'enfant par ce procédé n'était pas possible.

On prit les soins antiseptiques ordinaires après avoir rasé le pénil et les grandes lèvres et on fit le cathétérisme de la vessie.

La parturiente fut couchée tout son long sur le lit. Je pratiquai une incision sur la ligne médiane, arrivant en bas à la commissure supérieure de la vulve et dépassant en haut de deux centimètres la symphyse du pubis. Deux incisions courtes latérales détachent à droite et à gauche les insertions des muscles pyramidaux dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction facile du doigt en arrière de la symphyse. J'introduisis alors la faucille de Galbiati d'abord à plat, dont je dirigeai le tranchant en avant et à cheval sous l'arcuatum. En ramenant en haut l'instrument, je sectionnai très aisément la symphyse.

Pas d'hémorrhagie notable. Ecartement spontané des pubis de deux centimètres, mesurés à la glissière.

Un aide rapprocha les genoux ; un autre aide cherchait à maintenir les pubis au contact.

La tête de l'enfant fut alors saisie à l'aide du forceps Poullet suivant le diamètre oblique gauche, la tête se présentant en position droite avec procidence du cordon. La tête descend facilement, et malgré l'effort de l'aide comprimant les os iliaques, les pubis s'écartèrent au maximum de 7 cent., 2, mesurés à la glissière.

Le vagin et l'anneau vulvaire sont très étroits et pendant l'extraction de la tête de l'enfant, toute la portion du vestibule éclate. Rien à la vessie. Hémorrhagie assez abondante.

L'extraction de l'enfant est alors terminée en position oblique, la tête ayant commencé spontanément son mouvement de rotation, par la manœuvre de Ritgen.

La plaie vaginale s'élargit et communique largement avec la plaie opératoire. L'urèthre détaché est reporté à gauche.

L'enfant naît étonné, mais on arrive à le ranimer.

L'enfant est gros ; il pèse 3.950 gr.

Diamètre occipito-frontal, 11 cent., 7 ;

— occipito-mentonnier, 13 cent., 5 ;

— bi-pariétal, 9 cent., 8 ;

— bi-temporal, 7 cent., 12 ;

— sous-occipito-bregmatique, 9 cent., 7.

Du fait de la procidence du cordon, peut-être aussi de l'application du forceps, l'enfant commençait à souffrir, car il rendait du méconium. Les membranes de l'œuf étaient fortement teintées en vert. L'enfant est mort le lendemain.

20 minutes après l'accouchement, le placenta ne se détachant pas, on pratiqua la délivrance artificielle. Placenta pesait 700 gr., cordon 54 centimètres. Membranes déchirées.

On recherche le méat urétral et on y introduit une sonde qui est engagée jusque dans la vessie. La déchirure vaginale est déchiquetée. On enlève les parties trop contuses et après avoir régularisé autant que possible la plaie, on la suture au crin de Florence. On suture ensuite la plaie de la région pubienne avec des crins de Florence.

Iodoforme sur les plaies. Pansement ouaté. Ceinture de flanelle serrée.

11 décembre. — Champagne et lait. Opium à l'intérieur. Charbon et naphthol à 2 gr. Cathétérisme vésical toutes les 5 heures.

L. C. paraît bien aller. Température normale. Pouls très fréquent. L'urine contient de l'albumine, mais pas de sang.

12 décembre. — Etat encore satisfaisant. Le matin, température normale. Pouls 120. La malade demande à manger, on la rationne. Régime lacté et champagne. Même traitement.

Le soir. Temp. 38°8. Pouls 110. L'urine de la veille renferme à peu près 1 gr. d'albumine par litre.

13 décembre. — Température, le matin 38°8, le soir 38°2, pouls rapide. La respiration est rapide, gênée. L'expectoration est abondante, glaireuse et colorée. Nombreux et gros râles dans la poitrine, on a pu recueillir depuis hier deux litres d'urine, contenant toujours de l'albumine.

Même régime, même traitement. Pansement.

14 décembre. — Température, le matin 39°4, le soir 40°2. Pouls toujours rapide. La respiration est un peu moins embarrassée, l'expectoration toujours abondante, les ronchus thoraciques nombreux. Peu de sommeil.

Purgatif, 20 gr. d'huile de ricin, détermine des selles nombreuses et abondantes.

15 décembre. — Température, le matin 40°1, et le soir 40°4. Le pouls est à 116. Respiration courte et rapide à 32 inspirations par minute. Pas de vomissements, ni diarrhée.

16 décembre. — Température élevée, 40°4, se maintient le soir au même degré. Congestion pulmonaire hypostatique.

On constate au niveau de la partie supérieure et s'étendant du côté de la fosse iliaque gauche un empatement douloureux et étendu, quelques sutures vaginales ont coupé et on trouve alors sur le vagin une eschare blanche, en voie d'élimination. On peut avec une pince enlever des lambeaux de tissu cellulaire. On enlève les sutures vaginales qui ont encore tenu et on s'efforce de drainer et de faire l'antisepsie de l'excavation rétro-pubienne à l'aide d'injections au sublimé à 1/2000°. Le doigt introduit dans cette cavité permet de reconnaître que les pubis ne sont pas réunis, ils sont restés écartés de deux centimètres à peu près



Cependant la plaie de la région pubienne est bien réunie. On enlève les fils.

17 décembre. — A minuit, température 40°6. La malade entre en agonie et succombe le lendemain soir.

L'autopsie de la mère et celle de l'enfant ont été interdites.

Oss. V. — *Premier accouchement à terme chez une femme âgée de 36 ans. Rachitique. Bassin rétréci annulaire, mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 10 cent., 4. Symphyséotomie d'emblée suivie d'une application de forceps. Mère bien portante. Enfant en état satisfaisant de santé.* J.-B. est entrée à l'hôpital Lariboisière le 23 avril 1893. Elle est âgée de 36 ans.

Renseignements héréditaires sans intérêt.

Commémoratifs personnels : Elle a marché à 18 mois. Elle a été atteinte d'une pleurésie à 29 ans. Il y a 4 ans, elle fit une fausse couche d'environ 4 mois 1/2, sans cause connue. Quelques déchirures au col et à l'hymen. Elle dit cependant qu'elle mène pour la première fois la grossesse à terme. Les dernières règles sont, en effet, du commencement du mois de juillet.

C'est une rachitique. L'observation complète des déformations du squelette n'a pas été consignée. Elle est de petite stature. Sa taille est de 1 m. 43.

Les dimensions du bassin sont les suivantes :

Diamètre des épines antéro-supérieures 22 cent., 5, elles sont situées à égale distance de la ligne médiane. Les épines iliaques postérieures et supérieures sont à égale distance des épines sacrées.

Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent., 4. Pas de faux promontoire. Le sacrum s'excave au-dessous du promontoire.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la tête, mobile au détroit supérieur, surplombe le pubis et est placée en O. I. G. T.

Le travail débute le 24 avril. Les douleurs sont d'abord faibles et espacées, mais régulières.

Le 25 avril, la tête s'applique et se fixe au détroit supérieur dans la même position, mais avec une inclinaison marquée sur le pariétal antérieur. La dilatation du col ne fait pas de progrès et ne dépasse la surface d'une paume de main.

La dilatation du col se complète vers 4 heures du matin, le 26 avril, et la rupture de la poche des eaux se produit spontanément.

ment à 7 h. du matin. Le liquide amniotique est teinté de méconium.

Pendant toute la journée du 26, les contractions utérines sont très faibles, très espacées, pour ainsi dire suspendues. Dans l'après-midi, l'enfant rend du méconium.

On me prévient et j'arrive auprès de la parturiente à 4 heures de l'après-midi, c'est-à-dire 50 heures après le début du travail.

L'état précaire de la santé de l'enfant, quoique les battements du cœur soient encore nets, réguliers et fréquents, sa situation au-dessus du détroit supérieur, débordant le pubis, son inclination me font rejeter l'application préalable du forceps et décider la symphyséotomie d'emblée.

Après les soins ordinaires et la chloroformisation, je commence l'opération à 5 heures 1/4. Position obstétricale, cuisses fléchies sur l'abdomen et rapprochées dès que l'incision est terminée, les os iliaques maintenus par un aide.

Incision semi-circulaire, parallèle à l'arcade pubienne; on rabat le lambeau inférieur disséqué, on rase aussi près l'os qu'on le peut, cherchant même à détacher le ligament triangulaire, décollant les deux racines du clitoris. Des pinces sont placées sur des vaisseaux qui donnent d'ailleurs peu de sang. J'introduis le doigt derrière la symphyse du pubis et à l'aide d'un bistouri boutonné, je l'incise de bas en haut et d'arrière en avant. Tamponnement de la plaie avec de la gaze iodoformée.

Hémorrhagie très faible.

Les deux pubis s'écartent symétriquement d'un cent. 1/2 à peu près.

J'applique le forceps Poullet symétriquement sur les deux pariétaux et l'extraction de l'enfant est exécutée très facilement. Il est en état de mort apparente, mais il est assez facilement ranimé.

C'est un garçon pesant 3.770 gr., longueur 57 centimètres.

Diamètre occipito-frontal, 12 cent., 4 ;

— occipito-mentonnier, 13 cent., 1 ;

— bi-pariétal, 9 cent., 6 ;

— bi-temporal, 8 cent., 1 ;

— sous-occipito-bregmatique, 10 cent., 1.

Le placenta se détache spontanément et est extrait 20 minutes

après. Il pèse 500 gr. Cordon 40 cent. Membranes intactes. Hémorragie modérée.

La plaie est suturée avec du crin de Florence. On la saupoudre d'iodoforme, on applique de la ouate et au-dessus un bandage de caoutchouc large. Ligature des jambes.

Matin.

Soir.

27 avril T. 37°2, P. 108; T. 37°, P. 100. Ballonnement du ventre, vomissements, éructations.

28 — T. 37°4, P. 80; T. 37°, P. 92. Ballonnement du ventre, vomissements, éructations.

29 — T. 36°3, P. 76; T. 36°8, P. 82. Ballonnement du ventre, éructations.

30 — T. 37°, P. 88; T. 37°8, P. 80. Tout rentre dans l'ordre.  
1<sup>er</sup> mai T. 37°6, P. 80; T. 37°8, P. 80.

2 — T. 37°8, P. 72; T. 38°, P. 88.

3 — T. 37°, P. 74; T. 37°4, P. 86. On enlève les points de suture.

4 — T. 39°2, P. 86; T. 36°8, P. 72.

A partir de ce moment la température oscille autour de 37° et le pouls tombe à 60 pulsations et oscille entre 56 et 72, sauf pendant deux jours, où il se maintient entre 76 et 84.

On a pratiqué le cathétérisme vésical pendant les premiers jours.

La malade se lève le 20<sup>e</sup> jour et quitte l'hôpital le 25<sup>e</sup> jour dans un état de santé tout à fait satisfaisant.

La symphyse pubienne a conservé une mobilité plus grande que normalement, mais l'opérée n'y ressent aucune douleur et marche aussi facilement qu'auparavant.

La santé de l'enfant n'est pas très brillante. Au moment de la sortie de la mère, il pesait 3,470 gr. Il avait donc perdu 300 grammes, sur le poids de sa naissance. Mais depuis quelques jours, il reprenait du poids et il y a lieu de croire qu'il était entré dans une voie continue et régulière d'accroissement.

*Obs. VI. — Rachitique à la quatrième grossesse, ayant eu des accouchements successifs de plus en plus difficiles. Bassin*

*asymétrique, rétrécissement annulaire. Diamètre promonto-sous-pubien, mesurant 10 cent., 4. Enfant très volumineux. Accouchement long. Symphyséotomie après application infructueuse de forceps et suivi de l'extraction d'un enfant vivant, et bien portant.* — La nommée R., femme B., 33 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 8 juillet 1893, à 3 heures du matin.

Rien d'intéressant à signaler à propos des renseignements héréditaires.

Elle a été nourrie au sein par sa mère, mais elle était, dit-elle, nouée dans son enfance et elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 5 ans.

Elle est accouchée pour la première fois le 2 juillet 1886. Le travail n'aurait duré que 5 heures. L'enfant, quoique à terme, était petit, il est né spontanément. Il est mort à 14 mois de convulsions.

Son second accouchement remonte au 2 sept. 1887. Il eut lieu à terme, après un travail de 15 heures, et spontanément. L'enfant était volumineux et présentait le sommet ; il succomba à l'âge de sept mois, à la suite, prétend la parturiente, d'une méningite.

Le troisième accouchement eut lieu en huit heures, en janvier 1889, à terme. L'enfant était gros, présentait le siège, il succomba pendant le travail.

Actuellement, 8 juillet 1894, R. B. est à terme, elle dit que ses dernières règles remontent au 20 septembre dernier.

L'observation ne relate que les détails suivants sur son état actuel.

Taille, 1 m. 46.

Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent., 4.

Diamètre bis-épineux antérieur 26 cent., l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est un peu plus rapprochée de la ligne médiane que l'épine iliaque droite.

Diamètre bis-épineux postérieur 11 cent., l'épine iliaque droite est un peu plus rapprochée de la ligne médiane que l'épine iliaque gauche.

Le bassin est donc légèrement asymétrique.

Le sacrum s'excave au-dessous du promontoire. C'est donc un bassin annulaire.

L'aggravation successive des accouchements chez cette femme paraît due au volume plus gros des enfants.

Les premières douleurs ont débuté le 7 juillet, à 8 heures du soir. La rupture des membranes s'est produite spontanément le 8 juillet, vers 3 heures du matin, la dilatation du col était complète à 8 heures du matin.

Je l'ai vue vers midi, c'est-à-dire 16 heures après le début du travail, 4 heures après la dilatation complète.

L'enfant est volumineux et présente le sommet en O. I. G. T.

Je pratiquai tout d'abord une application de forceps, prudente, je m'assurai que l'accouchement ne pourrait se faire spontanément ou artificiellement sans risques sérieux pour la mère ou pour l'enfant et je décidai aussitôt après l'insuccès de cette intervention la symphyseotomie.

Précautions antiseptiques ordinaires, parties externes rasées, chloroformisation, situation obstétricale.

Incision semi-circulaire au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres et parallèle à l'arcade du pubis. Je rabats le lambeau inférieur, et je détache les tissus en rasant aussi près que possible le bord inférieur des pubis. Une hémorragie veineuse en nappe assez abondante, se produit. L'hémostase est très facilement et assez rapidement obtenue par la pose de quelques pinces et par la compression. On incise alors la symphyse à l'aide d'un bistouri boutonné sous le couvert du doigt de bas en haut et d'arrière en avant. Ecartement de la symphyse d'un bon travers de doigt, quoique les cuisses fléchies sur l'abdomen fussent tenues rapprochées et qu'un aide maintint les fosses iliaques.

L'application de forceps permet l'extraction facile d'une fille volumineuse.

Poids, 3910 gr.

Longueur du corps, 51 cent. ;

Diamètre occipito-frontal, 12 cent., 2 ;

— occipito-mentonnier, 13 cent., 4 ;

— bi-pariétal, 9 cent., 4 ;

— bi-temporal, 8 cent., 7 ;

— sous-occipito bregmatique, 9 cent., 7 ;

Suture de la plaie au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté. Compression aussi serrée que possible avec un bandage

de flanelle et au-dessus, avec une bande de caoutchouc. Dans la soirée on appliqua la ceinture de Guéniot.

Délivrance 1/2 heure après l'accouchement. Placenta pèse 620 gr. Perforation des membranes 35 cent. d'un côté, 10 cent. de l'autre, longueur du cordon 50 cent.

Les sept premiers jours la température oscille entre 37°6 et 36°8, et le pouls entre 76 et 86. Les jours suivants, la température oscille entre 36°8 et 37°2 et le pouls entre 50 et 75.

Le cathétérisme vésical n'a été pratiqué que les deux premiers jours et la santé a été aussi bonne que possible. Cependant, au niveau de la plaie opératoire, il existait une tumeur du volume d'un œuf, fluctuante, indolente, et par les orifices de l'un des fils sortait de la sérosité sanguinolente. On attribue cette tumeur à un épanchement du sang. On enlève les fils. La réunion s'est produite par première intention.

Vers le 25 juillet, l'hématome diminue de volume, devient consistant et finit par disparaître sans suppuration.

La malade sort le 5 août. La tumeur avait considérablement diminué. Les pubis sont encore mobiles. La malade s'est levée le 20<sup>e</sup> jour. Elle ne se plaint d'aucune douleur.

L'enfant a perdu dans la première semaine beaucoup de son poids. Au 8<sup>e</sup> jour, il ne pesait plus que 3,210 g., mais à partir de ce moment il a repris rapidement et au moment de la sortie de la mère, il pesait 3,600 gr.

*Obs. VII. Rachitique. Bassin petit dans toutes les dimensions, mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 10 cent., 1 annulaire. Accouchement provoqué, quoique la grossesse soit probablement arrivée près du terme. Symphyséotomie d'emblée et accouchement spontané deux heures 1/2 après l'opération. Mère et enfant bien portants. La nommée H., femme D., blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 28 avril 1894.*

Ses antécédents héréditaires sont mauvais. Le père a succombé à la phthisie pulmonaire; sa mère, qui vit actuellement, s'enrhume facilement; trois enfants sont morts jeunes, l'un du carreau, les deux autres vers l'âge de 2 ans de diarrhée. Elle-même a toujours eu une santé très délicate. Elle n'a marché qu'à 2 ans 1/2; à 9 ans 1/2 elle a eu la chorée et à 14 ans elle a été atteinte de rhumatisme articulaire avec œdème des jambes.

La menstruation s'est établie chez elle à l'âge de 15 ans ; elle a été régulière depuis ce moment.

Elle est enceinte pour la première fois, elle croit être très près de son terme, quoiqu'elle ne puisse pas renseigner exactement ni sur l'époque de ses dernières règles, ni sur la date du moment où elle a ressenti les premiers mouvements de l'enfant.

La taille est de 1 m. 50. Le bassin est symétrique, la circonférence du bassin pris au niveau des trochanters est de 86 cent. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 cent., 1. Le promontoire est élevé et le rétrécissement est annulaire. Les mensurations des différents diamètres du bassin, quoique nous les ayons prises avec soin, n'ont pas été consignées dans l'observation. D'après ces mensurations, j'avais conclu que le diamètre transverse du détroit supérieur était relativement petit.

Le 30 avril, à midi, on introduit un ballon de Treub contenant 270 gr. de liquide, il est expulsé à 3 heures. Le col est alors effacé et dilaté comme une pièce de 1 franc. Comme les contractions utérines se sont suspendues de 5 h. à 7 h., on réappliqua un autre ballon, contenant 300 gr.

A partir de ce moment les douleurs se reproduisirent espacées, mais régulières.

Le 1<sup>er</sup> mai, à 7 heures du matin, on trouva le ballon dans le vagin, mais le travail continua régulièrement et la dilatation du col est complète à 5 heures du soir.

La poche des eaux est intacte. L'enfant présente le sommet en O. I. D. T., mobile au détroit supérieur ; les battements du cœur sont normaux.

Les contractions reviennent toutes les dix minutes et sont énergiques.

Le rétrécissement assez notable du bassin, le volume normal de l'enfant, l'étroitesse du canal vagino-vulvaire chez une primipare, l'intégrité de la poche des eaux me décidèrent à pratiquer la symphyséotomie d'emblée et à laisser le travail s'achever spontanément, si c'était possible.

La parturiente ayant été rasée, lavée, endormie, je commence l'opération vers 6 heures. Incision semi-circulaire au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres, parallèlement à l'arcade du pubis. En rabattant le lambeau inférieur, je jette une pince sur une petite artériole, hémorrhagie négligeable. Je

détache les deux racines du clitoris en rasant le bord inférieur du pubis. Incision de la symphyse de bas en haut, d'arrière en avant sous le couvert du doigt, la femme étant placée dans la position obstétricale et les cuisses fléchies sur l'abdomen étant maintenues rapprochées. On bourre la plaie avec de la gaze préalablement bouillie dans une solution de sublimé au 1/4000.

La parturiente est replacée sur son lit. La région pelvienne est entourée d'une bande de ouate et on applique la ceinture de Guéniot avec cette modification que la bande de tissu inextensible qui maintient ses extrémités antérieures est remplacée par la bande de caoutchouc d'Esmarck, faisant cinq tours.

Les contractions utérines se rapprochent ; elles reviennent toutes les 4 minutes, elles sont énergiques. On rompt la poche des eaux à 6 h. 1/2. La tête est fortement amorcée en O. I. D. T.

Comme la tête n'a aucune tendance à pénétrer dans l'excavation pelvienne et que les deux pubis sont maintenus rapprochés par l'élasticité de la bande de caoutchouc, on en enlève deux tours, n'en laissant subsister que 3 tours.

Les douleurs sont extraordinairement douloureuses. L'utérus est constamment dur et comme tétanisé.

En présence de ces symptômes, je fais donner du chloroforme à très petites doses à chaque exacerbation de la douleur. Sous cette influence (à 7 h. 1/4), l'utérus se relâche dans l'intervalle des contractions qui restent régulières et énergiques.

La tête s'engage en O. I. D. T., peu fléchie.

Les bruits du cœur restent bons.

Le travail progresse régulièrement et l'accouchement se produit à 8 h. 3/4. Les pubis restent écartés d'un travers de doigt pendant le dégagement de la tête à travers la vulve. Celle-ci exécute sa rotation et se dégage en O. P. Les déchirures de l'anneau hyménéal et vulvaires sont insignifiantes et sont représentées par deux petites déchirures latérales sur les petites lèvres.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais il est assez facilement ranimé. Cet état de l'enfant peut être facilement expliqué par l'état de tétanisation de l'utérus qui a succédé à la symphyséotomie.

La tête de l'enfant s'est d'ailleurs moulée dans l'excavation pelvienne ainsi que le démontre la comparaison de ses diamètres.



|                               | 1 <sup>er</sup> mai | 2 mai   | 3 mai   |
|-------------------------------|---------------------|---------|---------|
| Diamètre occipito-frontal.... | 12 c.,4             | 11 c.,6 | 12 c.,  |
| — occipito-menton...          | 13 » ,6             | 12 » ,2 | 12 » ,6 |
| — bi-pariétal.....            | 8 » ,9              | 9 »     | 9 » ,2  |
| — bi-temporal.....            | 7 » ,2              | 7 » ,2  | 7 » ,2  |
| — sous-occip.-bregm.          | 9 » ,5              | 9 » ,9  | 10 » ,  |

On reconnaît que le diamètre bi-pariétal et le sous-occipito-bregmatique sont devenus plus grands, tandis que l'occipito-frontal et surtout l'occipito-mentonnier devenaient plus petits. La tête a donc subi dans son passage à travers le bassin des modifications qui peuvent être appréciées par la récupération de sa forme originelle pendant les trois premiers jours après la naissance.

C'était une fille bien constituée, du poids de 3,020 grammes, de 45 cent. de longueur, très probablement née près de son terme.

La délivrance eut lieu spontanément peu de temps après l'accouchement. Placenta pèse 520 gr. Cordon mesure 36 cent. Ouverture des membranes 36 cent. d'un côté, 11 de l'autre.

La réunion de la plaie est obtenue par des points de suture au crin de Florence.

Les dix premiers jours la température oscille entre 36°8 et 37°4. A partir du 10<sup>e</sup> jour, sauf le 14<sup>e</sup> jour où la température monte à 38°4, et 37°8, elle oscille régulièrement entre 33°8 et 37°2.

Les dix premiers jours le pouls oscille entre 84 et 86, les jours suivants, sauf au 14<sup>e</sup> jour où il monte à 110 et à 100, sauf trois à quatre fois où il dépasse 80 sans dépasser 90, il oscille entre 70 et 80.

Le cathétérisme vésical n'a été pratiqué que les deux premiers jours.

Les fils sont enlevés le 10 mai. La réunion de la plaie est parfaite.

La ceinture de M. Guéniot est enlevée le 12 mai.

Les suites de couches ont donc été très bonnes.

J'ai revu cette femme le 1<sup>er</sup> oct. 1894. Il existe encore un peu de mobilité, mais très peu de mobilité des symphyses. H. D. vaque à ses affaires sans ressentir de douleurs dans les symphy-

ses. Elle se plaint cependant de se fatiguer plus facilement qu'avant sa grossesse. Rien ne démontre que cela dépende de la symphyséotomie.

OBS. VIII. — *Bassin aplati. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent., 7, symétrique, annulaire. Trois accouchements antérieurs, le premier terminé par basiotripsie, le second par accouchement prématuré artificiel et extraction de l'enfant présentant le siège, le troisième après tentative infructueuse d'une application de forceps au détroit supérieur par symphyséotomie suivie de l'application du forceps. Mère bien portante. Enfant succombe le 17<sup>e</sup> jour.* — Elise V. a été accouchée trois fois à l'hôpital Lariboisière.

Les antécédents ne présentent aucun intérêt. Son père est actuellement bien portant. Sa mère, qui a eu 11 grossesses, dont deux terminées par avortement, 9 à terme, laissant actuellement 4 enfants vivants, est depuis 5 ans démente.

Notre patiente, sauf une rougeole, survenue en bas âge, est bien portante.

Elle a marché de très bonne heure (à 9 mois ?) et ne présente aucune trace extérieure de rachitisme. La menstruation s'est établie régulièrement depuis l'âge de 17 ans.

La première grossesse remonte en 1889-1890. Dernières règles, fin de mars 1889. Elle entre à l'hôpital Lariboisière le 19-déc. 1889. On constate l'existence d'un léger rétrécissement du bassin, l'enfant se présentant par l'épaule droite. Le 23 décembre, je pratique la version par manœuvres externes et l'enfant se maintient en présentation de sommet. On applique la ceinture de Pinard pendant trois jours. Le travail se déclare à terme le 9 janvier 1890, à 4 heures du matin ; la rupture de la poche des eaux fut prématurée, le 8 janvier, à 2 h. 1/2 du matin. Le 10 janvier, à 5 h. 1/2, la dilatation était complète. A 8 h. 55 le travail durait donc depuis 29 heures et la poche des eaux était rompue depuis 55 heures 1/2. L'enfant était mort et M. Wallich, alors interne de service, pratiqua la basiotripsie. L'enfant, du sexe féminin, pesait, moins la substance cérébrale, 2,750 grammes. La malade a gardé pendant quelques mois à la suite de cet accouchement un affaiblissement marqué du membre inférieur gauche. Les suites de couches furent d'ailleurs normales.

La deuxième grossesse s'écoule en 1891-1892. Dernières règles 5-10 avril 1891. Elle entre à l'hôpital Lariboisière le 2 février 1892. Les difficultés qu'elle avait présentées à son premier accouchement, l'existence du léger rétrécissement du bassin confirmée, m'engagent à provoquer le travail. L'utérus est volumineux, le liquide amniotique est très abondant, l'enfant, d'après son développement paraît bien près du terme. Il présente le siège. Application de l'appareil de Treub le 4 février 1892, à 10 heures du matin, rempli de 350 grammes d'eau. Apparition des premières douleurs à 10 h. 1/4, qui se succèdent très régulièrement. Le ballon est expulsé à 4 heures. La dilatation du col est complète à 5 h. 1/2, la poche des eaux se rompt et alors comme le siège en mode des pieds n'a pas de tendance à s'engager, on procède à l'extraction de l'enfant, qui ne présente pas de grandes difficultés. Au moment de la rupture de la poche des eaux, il s'écoula une grande quantité de liquide amniotique, qui est évaluée à 2 litres. L'enfant naît en état de mort apparente. Il est assez facilement ranimé. Il pesait 2,920 gr. La santé de cet enfant pendant le temps que la malade reste à l'hôpital, c'est-à-dire pendant 12 jours, n'est pas très satisfaisante ; l'observation note l'ictère, un peu de cyanose, un céphalématome du pariétal droit. Au moment de la sortie de la mère, l'enfant avait perdu 490 grammes de son poids initial. Nous avons appris qu'il a succombé peu de temps après. Pour la mère, suites des couches normales.

Elise N. revient à l'hôpital le 2 juin 1894, en travail et à terme. Elle présente de l'albumine dans l'urine. Les dernières règles sont du 25 août 1893.

L'examen de son bassin confirme les résultats enregistrés antérieurement. Bassin symétrique, présentant un rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur et annulaire. Diamètre des crêtes 27 cent., des épines antéro-supérieures 23 cent., de Baudelocque 16 cent. 1/2, promonto-sous-pubien 10 cent., 7 sans déduction, bi-trochantérien 27 1/2 ; détroit inférieur normal.

Le travail avait débuté le 1<sup>er</sup> juin, à 6 heures du soir. Elle est entrée à l'hôpital le 2 juin, à minuit 1/2, la rupture des membranes s'était produite spontanément, vers minuit. La dilatation était complète à 6 heures du matin.

Je la vis à 10 heures 1/2, l'enfant présentait la tête en O. I. G. T.;

celle-ci était appliquée au détroit supérieur, sans engagement.

La patiente fut nettoyée, injectée, le pénil fut rasé et je tentai une application du forceps de Poullet, au détroit supérieur suivant le diamètre oblique droit du bassin. Des tractions prudentes furent exécutées et me donnèrent la démonstration qu'on ne pourrait extraire cet enfant sans risques pour lui ou pour la mère.

Sans désarticuler le forceps, je procédai incontinent à la symphyséotomie : incision semi-circulaire, concentrique à l'arcade du pubis, au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres, incision au-dessous de l'arcuat, en rasant l'os et en détachant à plusieurs centimètres à droite et à gauche le ligament suspenseur et les racines du clitoris et ouvrant le plancher périnéal ; incision à l'aide d'un bistouri boutonné de la symphyse pubienne de bas en haut et d'arrière en avant sous le couvert du doigt qui éloigne la vessie et décolle chemin faisant le tissu cellulaire prévésical ; hémorrhagie modérée avant et après l'incision de la symphyse ; tamponnement avec de la gaze bouillie dans une solution de sublimé au 1/2000.

L'exerce alors des tractions sur le forceps et je dégage facilement l'enfant en faisant maintenir les membres inférieurs rapprochés et comprimer latéralement les os iliaques.

Pendant toute l'opération, un aide chargé de surveiller les battements du cœur de l'enfant n'a enregistré aucune modification de rythme des battements. L'enfant, un garçon de 3,020 gr. bien vivace, crie aussitôt qu'il est hors des organes génitaux.

Six points de suture avec du crin de Florence réunissent les bords de la plaie cutanée. On maintient le rapprochement des pubis à l'aide de la ceinture de M. Guéniot et de la ligature des jambes.

Suites de couches apyrétiques. La température n'a jamais dépassé 37°4. Le pouls s'éleva le 3<sup>e</sup> jour à 100 puls., le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup> jour il est à 90 ; à partir du 7<sup>e</sup> jour il oscille entre 70 et 80 pulsations.

Les points de suture furent enlevés le 7<sup>e</sup> jour. La réunion de la plaie fut obtenue par première intention.

Malgré tous les soins dont fut entouré cet enfant, le 3<sup>e</sup> jour il avait perdu 200 gr. de son poids initial, le 4<sup>e</sup> jour 300 gr., le 5<sup>e</sup> jour 400 gr. et la diminution continua progressivement. Il

succombe le 19 juin, ne pesant plus que 2,170 gr., c'est-à-dire près de 900 grammes de moins que son poids initial. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

Le second enfant de cette femme avait subi une diminution analogue de son poids. Alors la femme était atteinte d'hydramnios. Actuellement la rupture de la poche des eaux eut lieu avant son entrée à l'hôpital et nous n'avons à ce sujet aucun renseignement.

La parturiente nie toute syphilis antérieure. Cependant l'état de santé des deux enfants de cette femme présente une analogie frappante. A coup sûr, l'application de forceps ne peut être rendue responsable de l'accident. Le crâne ni la face ne portaient de traces appréciables à la bande de prise des cuillers et il n'existait certainement pas de fracture du crâne.

Obs. IX. — Il s'agit d'une achondroplasique. Je l'ai opérée il y a une semaine. Elle n'a pas eu d'élévation de température. Sa santé est actuellement parfaite. L'enfant vit, mais ne se trouve pas dans un état très satisfaisant.

Si vous me le permettez, je vous donnerai l'observation complète à la prochaine séance.

La symphyséotomie a été pratiquée cinq fois chez des primipares, quatre fois chez des multipares. Dans ces derniers temps, chez les primipares, l'opération n'a pas été une opération de choix, mais une opération d'urgence. Trois fois, j'ai donné la préférence à l'accouchement prématuré artificiel qui a été suivi d'expulsion spontanée de l'enfant. Dans l'observation VII, l'accouchement, quoique provoqué, ne se faisant pas spontanément, j'ai dû recourir à la symphyséotomie.

Sur les 9 observations précédentes, deux fois il y eut décès.

Dans l'un des cas (obs. 3), le décès n'est pas imputable à l'opération. Dans l'autre (obs. 4), la symphyséotomie en reste bien responsable. Il s'agissait d'une primipare. Elle a succombé à une gangrène du tissu cellulaire rétro-pubien, au défaut de cicatrisation de la symphyse pubienne et finalement à des accidents septiques. Je reviendrai dans un instant sur les détails relatifs à ce cas.

La réunion par première intention de l'incision cutanée a

été obtenue dans tous les cas, sauf dans l'observation 2 où les deux bords de la plaie se sont disjoints et se sont réunis assez lentement par seconde intention, en présentant un suintement négligeable. Dans l'obs. VI, la cicatrice fut soulevée par un thrombus du volume d'un œuf qui disparut d'eux par résolution, sans suppuration.

Les suites de couches furent, somme toute, satisfaisantes dans sept cas sur neuf.

Le poulx resta quelquefois fréquent, et la température, dans quelques cas, légèrement au-dessus de 38°, les premiers jours qui suivirent l'opération. Le rétablissement de la miction s'accomplit rapidement.

Les suites éloignées de la symphyséotomie furent bonnes. La symphyse pubienne gardait certainement une mobilité un peu exagérée, mais sans détriment pour la marche, ni pour la sensibilité de la région.

Les femmes vquaient ordinairement à leurs affaires aussi bien qu'auparavant. Dans un cas une de mes opérées me dit qu'elle se fatiguait plus facilement.

En attendant de parti pris chez les multipares, l'époque du terme, dans l'intention de recourir à la symphyséotomie, si elle s'imposait, j'ai assisté à l'accouchement spontané dans des conditions qui, autrefois, eussent indiqué, sans la moindre hésitation, l'accouchement prématuré artificiel.

La symphyséotomie a été indiquée par les viciations pelviennes, caractérisées par l'aplatissement du détroit supérieur dans les circonstances suivantes :

1° Le rétrécissement restant annulaire et symétrique, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 cent., 4 (obs. 5), 10 cent., 1 (obs. 7), 10 cent., 7 (obs. 8). Dans l'observation 3, le diamètre A. P. vrai du détroit supérieur mesurait 7 centimètres, 5.

2° Le rétrécissement étant symétrique et canaliculé, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 cent., 2 (obs. 4).

3° Le rétrécissement étant asymétrique, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 9 cent., 6 (obs. 1), et 10 cent., 4 (obs. 6).

Une fois elle fut indiquée par un bassin cyphotique (obs. 2),

asymétrique, mesurant au diamètre bi-ischiatique, 9 cent., 3 et au diamètre bi-sciatique, 7 cent., 7.

Quant aux résultats pour les enfants, six enfants sont sortis vivants de l'hôpital, trois enfants sont morts l'un tout de suite (obs. 3), un autre le lendemain (obs. 4), le troisième 17 jours après (obs. 8).

L'enfant de l'obs. 3 avait subi un grand nombre d'applications de forceps, pour la plupart immodérées et excessives.

Dans l'obs. 8, la mère était peut-être syphilitique. La courbe des pesées de l'enfant né après la symphyséotomie et mort 17 jours après sa naissance se superpose pour ainsi dire à celle de l'enfant du deuxième accouchement qui est né, extrait par siège. D'ailleurs, immédiatement après sa naissance, l'enfant a crié. On n'a pas été obligé de le ranimer. Il n'avait certainement pas de fracture et on ne peut charger de ce décès la statistique de la symphyséotomie. La parturiente avait perdu les eaux avant son entrée à l'hôpital, il semble que le liquide amniotique était abondant.

Dans l'observation 4, il s'agissait d'un gros enfant; chez une femme ayant un bassin très rétréci. L'accouchement a été particulièrement difficile. L'application de forceps fut pratiquée dans des conditions très défavorables, car le cordon était en procidence. C'est probablement à cette complication qu'il faut rapporter la mort de l'enfant.

Le décès de ces trois enfants est susceptible d'explications qui exonèrent la symphyséotomie d'une partie au moins de sa responsabilité. D'ailleurs, faute de symphyséotomie il aurait fallu pratiquer la basiotripsie.

Les applications de forceps immodérées compromettent la vie de l'enfant. Dans notre obs. 3, la mort de l'enfant a certainement été déterminée par des interventions intempestives.

Dans 5 autres cas la symphyséotomie n'a été décidée qu'après l'insuccès d'une application de forceps. Trois enfants sont nés vivants (obs. 1, 2, 6). Deux enfants ont succombé (obs. 4, 8). J'ai expliqué la mort de ces deux enfants par la procidence du cordon dans un cas, la syphilis dans l'autre.

La symphyséotomie a été pratiquée d'emblée suivie de ver-

sion (obs. 9), d'application de forceps (obs. 5) et de l'accouchement spontané (obs. 7) avec trois enfants vivants.

Je me propose, dans une communication prochaine, d'aborder les indications et les contre-indications de la symphyséotomie.

Je serai bref aujourd'hui sur ce point :

Lorsque l'enfant est vivant, que sa vie n'est pas compromise par une trop longue durée de travail, par la rupture déjà éloignée de la poche des eaux, par l'emploi de la force dans des interventions obstétricales antérieures à la symphyséotomie, je ne me déciderai pas facilement à le sacrifier. Les indications de la symphyséotomie ne sont limitées que par celles de l'opération césarienne ; devrait-on, après avoir pratiqué la section de la symphyse, recourir à l'embryotomie si elle n'offre pas une ouverture suffisante du bassin pour le passage de l'enfant ? Aussi bien avant qu'après la section des pubis, l'emploi de la force dans les interventions obstétricales doit être proscrite.

Les indications et les contre-indications de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins rétrécis se passent entre 6 et 7 centimètres de rétrécissement antéro-postérieur vrai. Mais ce degré de rétrécissement ne peut pas et ne doit pas être fixé avec précision parce qu'il ne constitue qu'un des éléments d'un problème complexe.

La variété du rétrécissement, son siège sur tel ou tel diamètre, à telle ou telle hauteur du bassin, l'évaluation des différents diamètres du bassin, l'existence de viciations symétriques ou asymétriques, de rétrécissement annulaire ou canaliculé doivent être pris en considération.

La présentation de l'enfant et si c'est la tête qui se présente, son volume, sa réductibilité, ses variétés d'inclinaison doivent aussi entrer en ligne de compte. Les renseignements fournis par la marche des accouchements antérieurs ont la plus grande importance.

Enfin, dans les cas douteux, tandis que le soupçon que la femme est infectée, contre-indiquera l'opération césarienne au profit de la symphyséotomie, les obstacles provenant du col,



des obstructions du bassin contre-indiqueront la symphyséotomie au profit de l'opération césarienne.

Il ne faut être, en clinique, ni systématique, ni absolu. On doit peser mûrement les conditions multiples d'un problème complexe. Et là où tout est relatif, il faut être éclectique.

Il est encore un point qui est bien acquis dans mon esprit, c'est la bien plus grande gravité de la symphyséotomie chez les primipares et, d'une façon plus générale, chez les parturientes à conduit vulvo-vaginal étroit et résistant. Cela me mènerait à des considérations beaucoup trop étendues, pour que j'aborde cette discussion aujourd'hui.

Le but principal de ma communication est d'étudier le manuel opératoire.

Les précautions antiseptiques, la chloroformisation, la position à donner à la femme et aux aides ne m'arrêteront pas. Je n'ai rien de particulier à dire à ce sujet.

Si l'on parcourt les différents procédés qui ont été tour à tour préconisés, on voit qu'on a tenté pour cette opération à peu près tout ce que l'imagination pouvait suggérer.

L'incision de la peau a été faite longitudinalement, au milieu, sur toute la hauteur de la région pubienne, lorsqu'on devait inciser la symphyse d'avant en arrière, — ou courte et supérieure lorsqu'on avait décidé d'inciser la symphyse par en haut et en arrière ; — ou courte et inférieure lorsqu'on voulait l'attaquer par en bas et en arrière ; — ou transversalement et en haut (Zweifel) ; — ou semi-circulairement au-dessus de la commissure supérieure de la vulve, parallèlement à l'arcade du pubis (Porak).

La symphyse a été attaquée d'avant en arrière (Pinard, etc.), d'arrière en avant et de haut en bas (Morisani, Zweifel, etc.), d'arrière en avant et de bas en haut (Tarnier, Porak, etc.)

Nous citons pour mémoire les tentatives d'incisions sous-cutanées pour rejeter ces manœuvres aveugles et inutiles depuis l'antisepsie.

On a inventé des instruments : la faucille (Galbiati), les pu-biotomes (Mancusi, Spinelli) ; — des protecteurs : une simple lame de plomb (Charpentier) ; la gouttière métallique (Fara-beuf) ; — des bistouris boutonnés de différentes formes.

Les protecteurs n'ont leur raison que lorsqu'on attaque la symphyse d'avant en arrière.

La remarque de Farabeuf me paraît très juste. Le bistouri doit être à lame mince. Les bistouris épais cheminent difficilement, en particulier dans les cas où le cartilage est très aminci à la face postérieure de la symphyse. Comme l'instrument doit être solide, il vaut mieux qu'il soit court. Il doit être bouton-né. On se servira, bien entendu, d'un bistouri pointu pour la découverte de la symphyse.

Avant d'entreprendre l'opération, on s'assurera de la mobilité des symphyses.

L'ossification de la symphyse pubienne, si tant est qu'elle existe, peut être considérée comme une très grande rareté. Morisani, Pinard ne l'ont pas rencontrée. Varnier, dans un cas, a pratiqué la pubiotomie avec le ciseau et le maillet, mais il s'empresse d'ajouter que le choix de son opération n'implique pas l'existence d'une ankylose symphysienne.

Si la symphyse pubienne est ossifiée, que doit-il donc se passer dans les articulations sacro-iliaques? Comme diarthro-amphiarthroses, comme articulations pour le moins deux fois moins mobiles que la symphyse du pubis, comme articulations solidement et intimement engrenées, leur ossification est bien plus à craindre que celle de la symphyse des pubis.

L'immobilité de cette dernière articulation commande pour ainsi dire celle des sacro-iliaques.

La mobilité des symphyses est facile à reconnaître à la fin de la grossesse ; elle est très variable suivant les femmes. Moins elle est marquée, moins on peut compter sur l'écartement des pubis. Des expériences sur le cadavre récentes (Mullerheim) ont démontré que cet écartement est susceptible de différences marquées suivant les sujets. Si la symphyse pubienne est immobile, je crois qu'on peut en conclure que les sacro-iliaques sont aussi immobiles. La symphyséotomie me paraît, dans ces cas, devoir donner un bénéfice nul, ou bien suivie de lésions trop sérieuses du côté des articulations. Elle reste contre-indiquée.

Inutile donc de se préoccuper de l'emploi de la scie à chaîne, de la gouge et du maillet.

Pour ma part, voici le manuel opératoire que j'ai adopté :

Toutes les précautions préliminaires étant prises, la femme placée dans la position obstétricale, en travers du lit à opération, étroit, permettant aux aides de circuler facilement, les cuisses fléchies sur l'abdomen et modérément écartées, je dessine une incision semi-circulaire au-dessus de la commissure des grandes lèvres et parallèle à l'arcade du pubis, d'une dizaine de centimètres. La partie médiane de cette incision tombe à peu près au milieu de la symphyse pubienne. Je dissèque le lambeau inférieur en rasant l'os. Je détache le ligament suspenseur du clitoris en suivant aussi près que possible le bord inférieur de l'arcuatum jusqu'au delà de ses limites sur le bord inférieur des pubis. J'effondre franchement l'aponévrose du périnée et je la détache sur les côtés soit avec le bistouri, soit avec le doigt.

En vidant préalablement la vessie, je me suis enquis de la situation de l'urèthre. Je n'attache aucune importance au maintien du cathéter dans la vessie. Je connais la place de l'urèthre. Je sais qu'il est immobile dans sa situation à travers le périnée et que vouloir l'écarter avec le cathéter du champ opératoire est une manœuvre inutile et illusoire.

Je suppose que l'on n'a pas fait le diagnostic de l'immobilité des symphyses, ou qu'on ne trouve pas l'interligne cartilagineux, qu'on veuille recourir à la gouge ou à la scie à chaîne. Quoique l'incision soit à deux centimètres au-dessous du bord supérieur du pubis, il n'est pas difficile d'atteindre ce bord. Cela ne constitue pas une objection sérieuse à la direction que j'ai donnée à mon incision.

On trouve en général quelques petites artères qui donnent peu de sang ; je n'ai jamais eu de peine à les pincer et j'ai toujours assuré l'hémostase artérielle. Il se produit une hémorrhagie par le plexus veineux qui irrigue les corps caverneux, le bulbe du clitoris, l'urèthre et la vessie. Cette hémorrhagie m'a ordinairement paru modérée. Je m'en suis rendu facilement maître par le tamponnement. Je me suis servi, dans mes dernières opérations, de compresses qu'on a fait préalablement bouillir dans une solution de sublimé. L'hémorrhagie qui se produit ainsi est incomparablement moindre que dans les autres procédés opératoires et elle se produit

avant l'écartement des pubis. La compression est effectuée sur une plaie superficielle et non pas sur la plaie si profonde, si étendue, si dépourvue de base résistante qu'on observe après l'écartement des pubis. Au moment où celle-ci a lieu, l'hémorrhagie n'augmente plus.

Dès que le sang est bien arrêté, on glisse le doigt en arrière de la symphyse. On sectionne le cartilage sous le couvert du doigt en toute assurance. Le bistouri est incliné de bas en haut et d'avant en arrière. Il est dirigé vers la partie élevée de l'arcuatum, il est pour ainsi dire naturellement porté dans l'interligne articulaire. Il attaque la symphyse dans toute son épaisseur. On n'a cure de rechercher si le cartilage est plus épais en avant qu'en arrière.

Dès que la symphyse est incisée, il se fait un écartement assez brusque du pubis qu'il faut modérer par le rapprochement des genoux. Il arrive même que la partie supérieure du cartilage se déchire avant que le bistouri ne soit arrivé au terme de sa course. Le tamponnement qu'on pratique ensuite, n'est plus hémostatique. On l'exécute surtout dans l'intention de garantir la plaie de toute infection.

Je me préoccupe de constater si l'écartement des pubis se fait symétriquement, mais je ne recourrais à l'écartement systématique du pubis de façon à produire la double arthroclasia sacro-iliaque que si cet écartement ne se produisait pas symétriquement. Je n'ai d'ailleurs jamais constaté cette anomalie.

Quant à vouloir obtenir d'emblée l'écartement nécessaire des pubis, il faudrait, pour cela, savoir d'avance celui qui est utile. Je ne le sais pas, parce que je ne sais mesurer mathématiquement ni le degré du rétrécissement, ni le diamètre bi-pariétal de l'enfant. Fixer cet écartement, c'est le fixer inutilement s'il n'est pas suffisant, c'est le fixer dangereusement s'il est trop grand.

Je connais fort bien le remarquable travail de M. Farabeuf à ce sujet. Mais on ne peut pas se procurer les instruments qu'il a préconisés, malgré toute l'insistance qu'on met à les réclamer. Un jour, peut-être, nous les posséderons. Certainement alors nous soumettrons au contrôle de la clinique les notions intéressantes que l'auteur a acquises sur le cadavre.

Tant que nous resterons dans le vague et dans l'espérance

au sujet de ces mensurations, il me semble prudent de ne désigner que l'écartement minimum des pubis, nécessaire au passage de la tête.

Je reste partisan du forceps. Je suis cependant convaincu qu'on extrait plus facilement la tête par la version que par le forceps. Mais avec le forceps, on reste plus maître d'aller lentement, de se rendre compte des difficultés à la progression de la tête, on surveille mieux les risques des déchirures des parties molles. On y obvie plus certainement. Par la version, il faut procéder rapidement. C'est un grave inconvénient.

Plus la progression de la tête sera lente, plus l'écartement des pubis sera progressif, moins on s'expose à leur écartement exagéré et à une déchirure des parties molles. Or, je considère que l'écartement de 6 centimètres, qui peut être dépassé dans certains cas sans danger, devient excessif dans d'autres.

Au détroit inférieur, le bassin non fermé, il va de soi qu'il faut dégager la tête transversalement. Quant à la fermeture du bassin, je l'ai toujours recherchée par le rapprochement des genoux. Je n'ai guère confiance dans la pression exercée par des aides sur les os iliaques, quoique j'aie aussi recours à ce moyen. Mais l'attention et la puissance musculaire des aides subissent des moments d'arrêt, des suspensions et la force déployée par l'extraction régulière et progressive de la tête soit par le forceps, soit pendant la version, en a toujours raison à un moment ou à un autre.

Je serai bref sur les soins ultérieurs et sur le pansement. En quelques mots : Sutures au crin de Florence de la plaie cutanée. Pansement iodoformé. Pansement ouaté, puis bandage très serré.

J'ai employé la bande d'Esmarck ; elle est très mal supportée. La simple bande de flanelle serrée constituait le mode de contention que j'ai tout d'abord employé et avec les meilleurs résultats éloignés. Depuis que M. Guéniot a recommandé sa ceinture, je lui ai donné la préférence pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Elle est moins douloureuse que la bande d'Esmarck. Les malades se plaignent bien de la pression qu'elle exerce, mais elles s'y habituent.

Puisqu'on a de bons résultats avec ces moyens simples, pourquoi recourir à la suture osseuse? D'ailleurs les résultats immédiats ou secondaires (Schauta-Woerz) ne me paraissent pas encourageants. Quant aux résultats éloignés, ceux que j'ai obtenus me paraissent aussi bons qu'on peut les désirer.

J'ai été très sollicité par un de mes collègues de l'hôpital Lariboisière de suturer entre les pubis des fragments d'os. Je m'y suis toujours refusé, non pas dans la crainte de désengrêner les sacro-iliaques (Farabeuf), car la synostose pubienne était de nature à rendre à la solidité du bassin en avant ce qu'elle perdait en arrière, mais parce que l'augmentation des diamètres du bassin serait, dans ce cas, insuffisante et acquise d'une manière définitive.

Le procédé opératoire que je préconise consiste donc à faire une incision semi-circulaire au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres et d'inciser la symphyse pubienne de bas en haut et d'arrière en avant, en ménageant autant que possible le tissu cellulaire prévésical.

Voici les avantages qui m'ont décidé à recourir à ce manuel opératoire :

1° *Le non parallélisme de la plaie cutanée et de la section de la symphyse assure la réunion par première intention.*

Dans un cas par l'incision longitudinale et médiane, j'ai eu un défaut de cicatrisation par première intention. Je n'incrimine pas l'écartement des pubis. Il s'épanche de très bonne heure de la lymphe plastique, qui, en s'organisant, rapproche rapidement les deux pubis écartés et les maintient unis.

Mais il me semble que la superposition et la continuité de la plaie cutanée et de celle de la section symphysienne expose celle-ci davantage à l'infection. En les séparant, on se met, pour ainsi dire, dans la situation d'une section sous-cutanée de la symphyse.

La réunion m'a paru plus parfaite, plus assurée et plus rapide après l'incision cutanée semi-circulaire qu'à la suite de l'incision longitudinale médiane.

2° *Ce manuel opératoire permet de faire l'hémostase avant la*

*section de la symphyse, et limite, dans une importante mesure, l'hémorrhagie qui se produit au moment de l'écartement brusque de la symphyse.*

Si je m'en rapportais à mon expérience personnelle, je serais disposé à considérer l'hémorrhagie au moment de la symphyseotomie comme négligeable.

Il s'en faut cependant qu'il en soit ainsi.

Si l'on consulte le très laborieux, le très consciencieux et le très impartial travail de Neugebauer, on trouve relatées 29 observations où cette complication a été très sérieuse (1).

Elle se produit dans les conditions suivantes.

Rarement le sang provient de varices des organes génitaux. Son point de départ se trouve presque constamment au niveau du riche plexus veineux du clitoris, des corps caverneux, de l'urèthre et de la vessie. Tantôt l'hémorrhagie se produit au moment de la section du pénil, plus souvent au moment où la symphyse s'écarte, enfin lorsque la déchirure de la paroi antérieure du vagin complique l'opération, ou lorsque la déchirure se continue par l'angle inférieur de la plaie.

L'écartement brusque des pubis occasionne souvent une hémorrhagie redoutable. Dans plusieurs cas, elle est survenue à la suite de l'opération conseillée par Léopold, qui ménage le ligament triangulaire. Voici ce qui se passe dans ces cas. Au moment où on extrait la partie fœtale, la symphyse résiste, les pubis ne s'écartent pas. Les opérateurs avisés ont dû achever la section du ligament. Lorsqu'ils ne sont pas intervenus, le ligament s'est rompu brusquement, et les pubis ont acquis d'un seul coup leur maximum d'écartement.

Evidemment dans cette rupture et cet écartement brusque, l'un des corps caverneux se rompt presque fatalement, heureux encore lorsque du même coup la paroi antérieure du vagin n'éclate pas.

Lorsqu'on attaque la symphyse de haut en bas et surtout d'arrière en avant, l'écartement des pubis a aussi lieu assez brusquement, mais pas au même degré que précédemment. La rupture du corps caverneux est moins à craindre, mais elle s'est produite dans un certain nombre de cas et elle occa-

(1) Je ne tiens compte que de la statistique de cas postérieurs à 1887, appartenant à la symphyseotomie depuis l'antisepsie.

sionne des hémorrhagies qui empruntent leur gravité à des conditions individuelles.

Lorsqu'on attaque la symphyse par en bas, on détache soit avec le doigt, soit avec le bistouri, les corps caverneux, et l'hémorrhagie a lieu avant l'écartement des pubis. Au moment où celui-ci se produit, les parties molles détachées d'une surface courbe, en devenant rectilignes, fournissent l'écartement nécessaire sans présenter de nouvelles déchirures vasculaires.

Lorsqu'on n'a pas pratiqué cette hémostase préalable, au moment où les pubis s'écartent, il se produit fatalement, nécessairement, une hémorrhagie. Tantôt on reconnaît facilement son origine au niveau du plexus veineux et l'on voit au fond de la plaie la paroi antérieure, blanche de la vessie. Tantôt le sang envahit rapidement toute la profondeur de la plaie et on ne se rend pas bien compte d'où sourd le sang. Ces hémorrhagies nécessaires sont, dans la grande majorité des cas, modérées et faciles à arrêter par le tamponnement. Il n'en est pas toujours ainsi, et dans les observations rapportées par Neugebauer, on voit l'émotion qu'elle a causée aux opérateurs. « *Starke Blutung, Schwere Blutung, Heftige Blutung, Foudroyante Blutung* », disent-ils.

En lisant les observations, on se rend compte des difficultés de traitement.

Une fois l'hémorrhagie traverse le tamponnement et continue malgré lui. Une autre fois, on est obligé de presser et de multiplier les tampons au point qu'on décolle la grande lèvre et que le volume du tampon prend les dimensions du poing !

On retire le tamponnement, l'hémorrhagie reparait. Rarement elle est artérielle et, dans ce cas, on s'en rend maître par la ligature ou le pincement. Bien autrement grave est l'hémorrhagie veineuse. Dans l'observation de Tellier, l'opérateur ne put se rendre maître de l'hémorrhagie qu'en se servant du thermo-cautère. Et autrement que faire ? On cherche à poser des ligatures ; mais des ligatures sur des vaisseaux invisibles, sur un plexus veineux, pour arrêter une hémorrhagie en nappe, on les multiplie sans arrêter le sang. Enfin, en désespoir de cause, on lie en masse tout le tissu cellulaire que l'on peut saisir, avec cette préoccupation de ne pas comprendre l'urèthre dans la ligature et de ne pas traverser la vessie.



Dans un certain nombre de cas, soit par une disposition individuelle, soit sous l'influence de la chloroformisation, soit à cause du traumatisme et de l'affaiblissement qui provient de l'hémorrhagie, l'atonie de l'utérus complique la situation. Et en même temps que la femme perd du sang par la plaie extérieure, elle est prise de métrorrhagie, et elle succombe peu de temps après l'opération comme dans la dramatique observation de Treub.

Ces manœuvres désespérées ont fait négliger souvent quelques-unes des précautions antiseptiques qui sont déjà assez difficiles à prendre rigoureusement dans les cas simples. La suppuration et la non-réunion de la plaie par 1<sup>re</sup> intention se trouvent souvent indiquées dans les observations. On note aussi l'existence des abcès et des fistules dans le tissu cellulaire pré-vésical.

Puis les femmes anémiées, dans le marasme, suivant l'expression d'un des auteurs, peuvent être saisies par la septicémie ; elles ont de la fièvre, se rétablissent quelquefois après une très longue convalescence, des accidents de toutes sortes, la phlegmatia alba dolens étant souvent indiquée, ou bien elles succombent.

Dans la statistique de Neugebauer, sur 214 cas, il signale l'hémorrhagie 29 fois, 15 fois sans déchirure de la paroi du vagin, 14 fois compliquée de cette déchirure. Cet accident serait donc loin d'être rare, puisqu'il survient plus d'une fois sur huit cas. La mort en a été la conséquence 8 fois, c'est-à-dire plus d'une fois sur 4 ; dans la moitié de ces cas de mort, la déchirure du vestibule ou du vagin sont signalés. Ces 4 cas vont être comptés en double dans la statistique des déchirures du vagin (1).

Ces chiffres sont assez éloquentes et assez inquiétants ; ils justifient l'avantage des opérations qui permettent l'hémostase préalable et qui mettent à l'abri des déchirures du bulbe et des racines du clitoris au moment de l'écartement des pubis.

(1) Voyez dans la statistique de Neugebauer les n<sup>os</sup> 48, **59**, **85**, 90, **95**, **96**, **97**, **99**, **101**, **126**, 129, **133**, 135, **145**, **147**, 149, 153, 162, **164**, 170, 172, **174**, 182, 192, 195, **196**, 198, 199, 200.

Les chiffres noirs indiquent les observations où sont signalées les déchirures du vagin.

*2° Ce manuel opératoire entraîne le décollement minimum du tissu cellulaire prévésical et à la partie la plus déclive.*

Si je n'ai pas vu d'hémorrhagie sérieuse du plexus veineux sous-symphysien, je n'oublierai pas le cas malheureux où j'ai observé la déchirure de la paroi antérieure du vagin. Il est relaté à l'observation 4.

Il s'agissait d'une primipare, jeune, rachitique, présentant un bassin aplati, canaliculé, symétrique, mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 9,2, probablement au diamètre conjugué vrai 7 cent., 7. Elle était à terme et son enfant était gros. Lorsque j'intervins, le travail durait depuis 24 heures, la dilatation était complète depuis 4 heures. Une application de forceps me démontra l'impossibilité d'extraire l'enfant. Je pratiquai la symphyséotomie.

Je fis une incision assez courte, à cheval sur le bord supérieur de la symphyse ; je décollai largement le tissu cellulaire prévésical et j'incisai la symphyse de bas en haut avec la faucille de Galbiati. Je fis rapprocher les genoux de la parturiente et exercer une pression sur les os iliaques. La descente de la tête saisie par le forceps ne présenta aucune difficulté, mais les pubis présentèrent l'écartement considérable de 7 cent., 2.

Lorsque la tête appuya sur le plancher périnéal, elle avait tendance à exécuter spontanément sa rotation et j'aperçus qu'une éraillure se produisait à droite, sur les côtés du méat urétral. J'eus alors le sentiment poignant des risques que courait notre pauvre malade. Je suspendis un instant la traction, puis je la repris. La vulve était étroite, tout le plancher périnéal aminci formait comme une calotte recouvrant la tête de l'enfant.

En tirant légèrement et avec précaution je remarquai que la partie fœtale n'avait aucune tendance à progresser, mais entraînait en masse avec elle tout le plancher pelvien, qui s'excavait pour ainsi dire de plus en plus en s'éloignant de ses insertions sur le bassin. Puis la déchirure du vestibule devint plus profonde et s'étendit à toute l'épaisseur de la paroi vaginale. Je désarticulai alors le forceps et allant à la recherche, par la méthode de Ritgen, des saillies orbitaires, j'y pris un point d'appui solide, pendant que je faisais passer l'anneau antérieur de la vulve au-dessus de l'occiput. Le dégagement

de la tête en position oblique ne présenta aucune difficulté, pendant que les aides cherchaient à rapprocher aussi énergiquement que possible les deux pubis par le contact des genoux et par la pression concentrique sur les os iliaques.

Après le dégagement nous fûmes stupéfiés des lésions qui s'étaient produites. La paroi antérieure du vagin était déchirée sur le côté droit des voies urinaires qui étaient refoulées à gauche. Une vaste communication s'était établie entre la plaie vaginale et la plaie sus-pubienne. Un misérable lambeau de peau aminci sur le point de se déchirer lui-même empêchait seulement que toute la paroi antérieure du bassin ne fût fendue depuis la peau jusqu'au vagin.

Je suturai le tout, le mieux que je pus, après avoir régularisé la plaie vaginale. Les sutures tinrent bien du côté de la peau, mais elles coupèrent en partie au vagin. Des accidents fébriles, d'abord modérés, mais devenant de plus en plus graves, se produisirent, et le 6<sup>e</sup> jour, nous constatâmes un empâtement douloureux et étendu à la partie supérieure du bassin, s'étendant jusque vers la fosse iliaque gauche. Notre malheureuse malade ne tarda pas à succomber à des accidents septiques.

Le procédé opératoire que j'ai suivi, dans ce cas, me paraît absolument défectueux. Si le décollement du tissu cellulaire avait été peu étendu et situé à la partie inférieure, la cavité qui en serait résultée eût été plus régulière, moins anfractueuse, plus éloignée des gros vaisseaux, plus facile à soigner, à drainer. Peut-être aurions-nous pu sauver notre malade.

J'étais encore sous le coup de l'émotion de cette observation si malheureuse lorsque j'eus à rapporter à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, un travail de M. Bernheim sur la symphyséotomie (décembre 1892, p. 274).

J'insistai alors sur les dangers considérables résultant de la déchirure de la paroi antérieure du vagin, j'indiquai leur plus grande fréquence chez les primipares, je montrai la nécessité de pratiquer l'incision du périnée en arrière pour ménager la paroi antérieure du vagin qui constitue un *locus minoris resistentiæ*.

Ma prophétie n'a pas tardé à se réaliser, et nombreux pour

une opération vulgarisée à nouveau depuis si peu de temps sont les cas où cette grave complication est notée.

J'en ai fait le relevé dans le travail de Neugebauer.

Dans un certain nombre de cas, la déchirure s'accompagne d'hémorrhagie et je viens d'en faire le tableau clinique. Voyons ce qui se passe lorsque l'hémorrhagie ne complique pas sérieusement la déchirure du vagin.

Dans quelques cas, on est intervenu alors que le col n'était pas dilaté. Dührsen ne craint pas autant que nous les incisions sur le col et n'hésite pas à terminer l'accouchement, après s'être ainsi frayé un passage. Dans un cas, à la suite de ces incisions, on note la production d'une déchirure du col et du cul-de-sac vaginal. Une autre fois, la même déchirure s'est produite sans incision du col, à la suite de l'intervention obstétricale employée. Dans ces cas, la déchirure du vagin ne communiquait pas avec la plaie opératoire et ses conséquences ne doivent être mises à la charge de la symphyséotomie.

La tête, en dilatant successivement les anneaux que lui oppose le vagin, en atteignant le plus étroit de tous, celui qui est constitué par la vulve, le distend et peut le rompre. Elle fait bomber fortement le périnée en dehors du détroit inférieur et l'entraîne avec elle. La partie inférieure et antérieure de l'anneau vulvaire étant ou tirillée par l'écartement des pubis, ou même si on est arrivé à les rapprocher, étant détachée de ses insertions, offre moins de résistance à l'extension, d'autant mieux qu'elle se trouve complètement en dehors du bassin, et par conséquent non soutenue par la paroi du bassin même fermé.

Indépendamment de cette explication si évidente et si claire, on sait qu'à la suite de l'accouchement normal, les déchirures partent presque toujours de l'anneau hyménéal et qu'elles siègent tantôt en avant, tantôt en arrière. Même en admettant la fermeture réelle du bassin, cette déchirure accidentelle, en avant, portant sur des tissus décollés ou incisés, va établir une communication entre le vagin et la plaie opératoire.

Les déchirures de la paroi antérieure du vagin, à la suite de la symphyséotomie, partent presque toujours du vestibule.

Elles sont ordinairement longitudinales, s'étendant plus ou moins loin de leur point de départ, dans la direction du va-

gin. Plus rarement on note des déchirures transversales ou circulaires.

Le plus souvent latérales, elles déplacent d'un côté ou de l'autre l'urèthre et la vessie. Lorsqu'elles sont médianes, elles aboutissent à la région où la muqueuse vaginale est solidement attachée à l'urèthre et à la vessie, et alors elles ne communiquent pas avec la plaie opératoire, ou elles communiquent avec elle dans une étendue moindre, mais elles pénètrent dans la cavité des voies urinaires : urèthre ou vessie.

Dans un cas la plaie vaginale communiquait avec la plaie opératoire et la vessie avait éclaté sur sa paroi antérieure.

Neugebauer note 29 observations où la déchirure de la paroi antérieure du vagin a été observée, existant 19 fois seule, 2 fois ouvrant l'urèthre, 8 fois ouvrant la vessie (1). Cette statistique ne doit pas comprendre tous les cas, car on trouve, surtout dans les premières observations, un assez grand nombre de faits dans lesquels la réunion par première intention a échoué. On se borne à dire, dans ces relations écourtées, de quelques lignes seulement : réunion par seconde intention, c'est-à-dire, le plus souvent suppuration de la plaie symphysienne. Dans bon nombre de ces cas, l'échec de la cicatrisation doit provenir d'une infection par communication vaginale.

Lorsque l'hémorrhagie complique cet affreux délabrement, l'anémie, le collapsus donnent à la marche des accidents une allure plus rapide.

Nous bornant à analyser les faits rapportés par Neugebauer, nous notons la fréquence de la fièvre et de la suppuration tantôt localisée à la symphyse avec production de séquestres, et prolongation de la maladie pendant des mois ; — la suppuration due ou non au sang accumulé et fétide, pouvant être éliminé rapidement, ayant pour conséquence une guérison prochaine ; — l'établissement de fistules purulentes

(1) Voyez dans la statistique de Neugebauer les n° 1, 17, 27, 29, **59**, 69, 86, **95**, **96**, **97**, **99**, **101**, 106, 108, 118, **126**, **133**, 137, **145**, **147**, 148, **164**, **174**, 177, 178, 179, 181, 185, **196**.

Les chiffres noirs indiquent les observations où sont notées les hémorrhagies.

durant un temps plus ou moins long, les accidents septiques avec la forme anémique prolongée, avec la phlegmasia alba dolens, terminée une fois par mort due à l'embolie de l'artère pulmonaire ; — enfin, la mort notée une fois par péritonite aiguë.

Aux quatre cas de mort que j'ai déjà signalés à propos de l'hémorrhagie, il faut ajouter les deux précédents.

Donc, 6 cas de mort sur 29 observations, c'est-à-dire une fois sur 5.

Wœrz a donné récemment la statistique intégrale de Schauta qui porte sur dix cas. La mort fut observée une fois par septicémie. Dans un autre cas, la guérison ne survint qu'après la suppuration prolongée des symphyses. Dans deux autres cas on observa de graves déchirures des parties molles. Chez les neuf femmes vivantes, le diastasis de la symphyse persista longtemps. Chez les deux femmes qui présentèrent des déchirures des parties molles, une fois la cicatrisation fut parfaite, une autre fois il y eut fistule vésico-vaginale.

Malgré tous les soins de Neugebauer pour réunir la totalité des cas de symphyséotomie, il est certain que sa statistique est encore incomplète et les observations qu'il rapporte sont souvent très écourtées. D'une statistique incomplète, on peut déduire à peu près certainement que les cas qui manquent, cachent des revers. D'observations écourtées on peut déduire aussi certainement que de graves mécomptes ne sont pas indiqués.

Sur les 210 cas qu'il rapporte avec issue indiquée pour les mères, il enregistre 27 décès et 183 guérisons.

Les résultats pour les enfants sont indiqués 205 fois, qui fournissent 158 enfants vivants, 7 morts avant l'opération, 40 morts malgré l'opération, 31 morts peu de temps après elle.

On voit donc que la symphyséotomie reste une opération grave. Mais il n'est pas douteux que beaucoup de fautes ont été commises qui auraient pu être évitées, et que l'inexpérience inséparable des premières tentatives a chargé considérablement la statistique.

L'opération semble facile, trop facile même pour que beaucoup ne fassent pas bon marché de tel ou tel mode opératoire.

La technique de cette opération a cependant un intérêt considérable.

Il me semble qu'on doit se rendre absolument maître de l'hémorrhagie. Quant à la déchirure des parties molles, on pourra peut-être en restreindre considérablement les cas. Le mode d'incision que je préconise, expose moins aux vastes délabrements et à leurs conséquences redoutables.

Enfin la cicatrice de cette incision cachée au milieu des poils du mont de Vénus est facilement dissimulée. C'est un petit avantage, mais qui peut bien aussi être indiqué.

Si l'expérience des autres instruit, c'est à la condition que les cas soient rapportés avec tous leurs détails. Aussi ai-je donné mes observations aussi complètes que je les ai trouvées dans mes notes, telles qu'elles avaient été recueillies par mes élèves. A défaut d'observations complètes, l'expérience personnelle profite seule réellement, et nous ne sommes pas encore près du jour où la symphyséotomie sera d'un usage courant dans la pratique.

**Discussion : M. MAYGRIER.** — On a beaucoup insisté, en Allemagne surtout, sur les lésions signalées dans le travail de M. Porak, et M. Varnier s'est demandé, à ce sujet, si on ne pourrait pas les éviter en fermant le bassin, une fois l'obstacle franchi par la tête.

**M. PORAK.** — Lorsque la tête avait franchi le détroit supérieur, j'ai toujours fait rapprocher les cuisses de la malade, et cela sans résultat appréciable.

**M. OLLIVIER.** — M. Porak a dit qu'au moment même où la section du pubis est terminée, l'écartement brusque produit une déchirure du tissu cellulaire, qui donne lieu à une hémorrhagie parfois assez abondante.

Or j'ai vu dans le service de M. Pinard un lit à crémaillère avec une tige, terminée par une portion métallique qui emboîte le bassin et empêche l'écartement brusque des os, au moment de leur section.

M. PORAK. — Le lit que décrit M. Ollivier me paraît en effet répondre à une indication utile. Nous voilà avec ce dispositif loin des opérations pratiquées en ville, sur une commode, avec un outillage insuffisant et des aides inexpérimentés.

M. le D<sup>r</sup> NITOT. — **Aspirateur hydraulique** (modèle GALANTE). — J'ai l'honneur de vous présenter et de soumettre à votre appréciation un aspirateur hydraulique nouveau que j'ai fait construire par M. Galante et que j'ai installé depuis plusieurs mois dans la salle d'opération de ma maison de santé.

Cet aspirateur permet de faire le vide automatiquement au moyen d'une trompe à effet d'eau dans un grand récipient de verre gradué, placé sur le mur de la salle d'opération, constamment sous le regard de l'opérateur qui peut, à chaque instant de l'opération, apprécier d'un coup d'œil la quantité du vide obtenu en lisant l'indication exacte de ce vide sur un cadran placé au-dessus de l'aspirateur qui est en communication avec lui.

L'appareil est spécialement destiné aux opérations abdominales, telles que ponctions de kystes et de grandes cavités liquides au cours d'une laparotomie et c'est pour cette raison que le récipient est de grande dimension (six litres environ); mais il peut également servir à vider les petites ou moyennes collections suppurées des trompes au cours de l'ablation des annexes en réglant la quantité du vide à cet effet. Enfin pour que les liquides pathologiques plus ou moins septiques qu'il renferme après aspiration ne puissent pas souiller le milieu intérieur de la salle d'opération, dans les cas où par suite de l'abondance du liquide, il y aurait lieu de vider l'appareil pour le remplir une deuxième fois, le contenu du récipient peut, au moyen d'une simple manœuvre de robinet, se déverser instantanément au dehors de la salle d'opération par un conduit évacuateur.

Cet appareil, dont il me reste à vous décrire la construction et le fonctionnement d'après le dessin ci-joint, est appelé à



rendre les plus grands services en remplaçant nos aspirateurs actuels de trop petites dimensions pour les grandes collections et dont le maniement est si pénible pour l'assistant chargé de faire fonctionner la pompe aspiratrice qui est remplacée dans notre appareil par une pompe à courant d'eau produisant le vide automatiquement, et dans lesquels il est toujours si difficile de se rendre compte de la quantité du vide obtenu. Il en résulte que, sans parler des cas où l'assistant se trompe de robinet et fait fausse manœuvre au moment de l'aspiration, que si cette aspiration ne se fait pas, l'opérateur ne sait plus si cela dépend de ce que le vide est imparfait ou bien de ce que le liquide manque ou ne peut s'écouler par la canule.

Notre appareil est destiné à supprimer ces hésitations en inscrivant le produit et le degré du vide obtenu automatiquement par la trompe à eau sur un cadran où l'opérateur peut lire à chaque instant les variations pendant toute la durée de son opération.

Ajoutons que le fonctionnement de l'appareil est rapide et sûr.

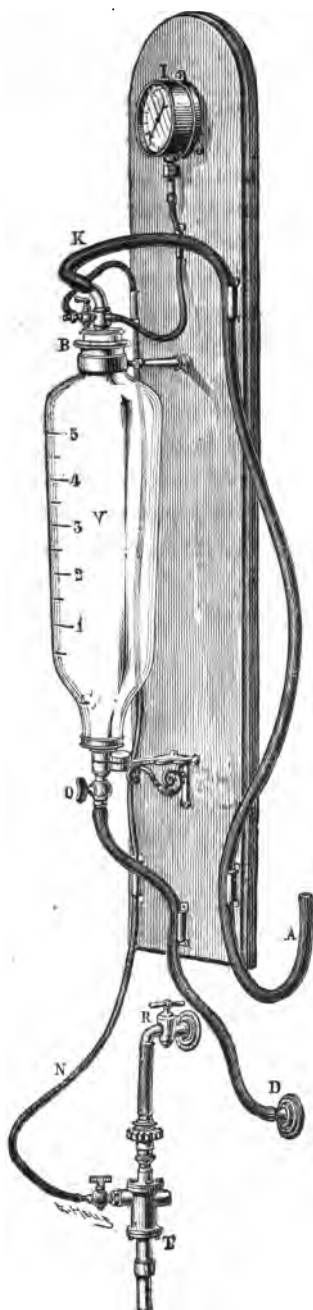
#### *Description de la figure.*

Sur un bâti appliqué au mur sont fixés les supports du récipient V et au-dessus un indicateur du vide à cadran I.

Au-dessous du bâti se trouve un robinet d'eau de la ville R et sur ce robinet est adapté une trompe à eau T.

Le récipient en verre gradué et de forme conique allongée présente deux ouvertures : l'une inférieure, l'autre supérieure.

L'ouverture supérieure est fermée par un bouchon mobile B en caoutchouc, qui est traversé par une pièce métallique sur laquelle viennent s'insérer trois tubulures : l'une reçoit un tube de caoutchouc HA d'une longueur quelconque dont l'extrémité libre munie d'un index de verre est armée d'un trocart ; l'autre est reliée par un tube de caoutchouc N à la tubulure d'aspiration de la trompe à eau ; la troisième se termine par un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité est fixée à l'indicateur du vide.



Par ce bouchon supérieur, l'intérieur du récipient est donc en communication : 1° avec le trocart ; 2° avec la trompe ; 3° avec l'indicateur du vide.

L'ouverture inférieure est garnie d'une douille métallique à robinet O sur laquelle se fixe un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité coiffe un tube métallique traversant le mur de la salle d'opération pour sortir au dehors par un conduit siphonné.

#### *Fonctionnement de l'appareil.*

L'appareil fonctionne de la façon suivante :

Au moment de faire une ponction, le robinet du trocart aspirateur étant fermé, il suffit de faire ouvrir le robinet d'eau de la ville alimentant la trompe pour déterminer en 15 secondes dans le récipient un vide de 65 centimètres de mercure.

Cette raréfaction qu'on peut graduer à volonté est indiquée de la façon la plus visible par le déplacement d'une aiguille qui se meut sur le cadran gradué de l'indicateur du vide placé au-dessus de l'appareil.

L'opérateur peut à tout instant se rendre compte d'un coup d'œil de la valeur du vide produit et donner des ordres pour faire varier la raréfaction ou pour rétablir la pression normale dans le récipient.

A cet effet, un robinet à trois voies fixé sur la tubulure qui relie le bouchon à la trompe permet d'obtenir

ces résultats sans qu'il y ait à modifier le fonctionnement de celle-ci.

Pour vider le récipient, il suffit de faire pénétrer par ce robinet l'air extérieur dans le récipient et d'ouvrir le robinet de l'extrémité inférieure de l'appareil qui se mettra à fonctionner de nouveau, dès que ces deux robinets seront refermés.

M. OLIVIER MACÉ, interne des hôpitaux. — **Septicémie puerpérale et bains froids.** — J'ai l'honneur d'apporter à la Société trois cas de septicémie puerpérale traités par les bains froids. Voici en quelques mots leurs observations :

Obs. I. — Le 25 février 1894, à 10 h. du matin, entré à l'hôpital de la Pitié, service de M. Maygrier, Joséphine La..., couturière, âgée de 21 ans. Elle raconte que depuis la veille au soir, à 9 h., elle a été prise de douleurs expulsives, et qu'à 6 h. 1/2 du matin, le 25, elle a expulsé le fœtus qu'elle nous apporte. Ce fœtus a une longueur de 10 à 12 cm., est macéré ; la macération semble remonter à deux à trois jours. La malade ne se rappelle pas quand elle a perdu les eaux, mais tout fait présumer que cela a dû avoir lieu le 22 ou 23 février. La durée du travail a été de 13 heures.

Au moment de l'examen, la malade, qui est dans un état assez accentué de malpropreté, perd des lochies un peu fétides. Elle ne semble pas avoir de température appréciable à la main, elle a eu un frisson hier soir, ses traits sont tirés, les yeux excavés, le teint un peu terreux.

Après un lavage de la région vulvaire, et après avoir donné une injection vaginale, le toucher pratiqué permet de reconnaître un col long, perméable, laissant passer deux doigts qui arrivent sur le placenta. En présence de la fétidité des lochies, je m'empresse d'extraire le placenta, qui vient sans difficulté. Une injection vaginale antiseptique est donnée, puis une intra-utérine abondante. De la gaze iodoformée est introduite dans le vagin et la malade transportée dans le service d'isolement, lit n° 17.

Elle nous raconte alors qu'elle a été bien réglée depuis 15 ans, que ses périodes menstruelles durent cinq jours. Les dernières règles datent du 12 au 17 novembre.

A 17 ans, elle a été soignée chez elle pendant six semaines

pour une fièvre présentant des accès vespéraux quotidiens et accompagnés de douleurs articulaires multiples. Tels sont ses antécédents.

Avant de quitter la malade, je lui fais donner une potion de Todd, cinquante centigrammes de sulfate de quinine, et j'engage la sage-femme de garde à prendre la température de la malade à 2 h. de l'après-midi, et à lui donner une injection intra-utérine si la température atteint 39°.

Le même jour, 25 février, un peu avant deux heures, la malade a un frisson violent. A 2 h., température 39°2 ; injection intra-utérine qui ramène des débris de caduque, le liquide qui sort de l'utérus a de l'odeur. Le soir, à 5 h., 39°4 ; nouvelle injection intra-utérine, 0,50 de sulfate de quinine, potion de Todd double. Lait et bouillon comme alimentation.

Le 26 au matin, le facies est de plus en plus mauvais, la céphalgie intense, les lochies sentent toujours, et M. Maygrier, à 11 h., me faisant part de l'état grave qu'il reconnaît à la malade, m'engage à faire l'écouvillonnage de l'utérus. T° 39°8.

Le 26, à 2 h. de l'après-midi, après une toilette vulvaire et une injection vaginale, je pince la lèvre antérieure du col et je fais une injection intra-utérine. Des tampons d'ouate montés et trempés dans une solution de sublimé au millième sont promenés sur la face interne de l'utérus. J'emploie ensuite des écouvillons trempés dans le sublimé et enfin un écouvillon trempé dans une solution dans la glycérine de créosote à 1/3.

Dans la soirée, un lavement est donné à la malade. Sept garde-robes. Une injection intra-utérine. T° 39°9, sulfate de quinine 0,75 centigrammes. Une injection intra-utérine prolongée dans la nuit.

Le 27 au matin, t°41. Pouls est à 100, il est petit, dicrote, la langue humide, blanchâtre, la malade n'est pas abattue. Rien au cœur, rien aux poumons. Pas d'albumine dans les urines. T° à une heure de l'après-midi 40°2. En présence de l'état de la malade, je demande à M. Maygrier l'autorisation de donner des bains à la malade.

Le premier bain est donné à 2 degrés au-dessous de la température que présente la malade ; il est donné à 1 h. de l'après-midi et à 38°. Le bain est refroidi progressivement de un degré toutes les cinq minutes jusqu'à 30° ; la malade est demeurée cinq

minutes encore dans le bain à 30°. La malade est donc restée dans l'eau environ 50 minutes. La température rectale, prise 10 minutes après la sortie du bain, est de 38°4.

A 5 h. 30 du soir, t° 40°3. Deuxième bain à 38°3, donné dans les mêmes conditions. La température descend à 39°9. Une toilette vulvaire et une injection vaginale sont faites au sortir de chaque bain avec la solution de permanganate de potasse ordinaire. Les lochies sont très diminuées, et ne sentent plus. Le ventre est souple, la malade ne s'en plaint pas et a dormi après chacun des bains, malgré le peu d'abaissement de la température.

A 9 h. 1/2 du soir t° 40°3. Bain à 38°3 refroidi progressivement jusqu'à 30°. Durée 1 heure et demi, car l'abaissement de la température du bain de un degré n'a plus été faite que toutes les dix minutes. La température, dix minutes après la sortie du bain, est de 39°4.

Pendant la nuit 0,50 de sulfate de quinine et 0,50 de benzo-naphtol.

Le 23 février, voyant que la température ne cède pas suffisamment, je renonce au système des bains progressivement refroidis et j'emploie la méthode des bains froids d'emblée qui, en présence de l'hyperthermie persistante, pouvaient me faire espérer un abaissement de température plus sensible.

A 1 h. 30 t° 40°. Bain donné à 25°, aspersions froides sur la nuque au commencement, au milieu, à la fin du bain. La malade trouve naturellement que le bain est plus froid, mais le supporte sans se plaindre.

Après dix minutes de bain, légers frissonnements et chute de la température à 38°1, ce que nous n'avons pas eu depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. A la sortie du bain, la malade est mise dans un drap sec, tapotée un peu sans l'essuyer complètement, et on lui fait prendre un peu de Todd.

Le bain a été continué très régulièrement toutes les fois que la température rectale a dépassé ou a été de 38°5. Il n'a été manqué qu'une fois, par négligence de l'infirmière qui ne m'a pas prévenu. Il a toujours été bien supporté.

Le 1<sup>er</sup> mars, la céphalalgie avait disparu, en même temps que l'urine, moins colorée, augmentait notablement de quantité.

Le 7 mars, la malade, qui est fatiguée du lait, demande à manger ; on lui donne des œufs, le lendemain une côtelette. C'est

vers cette époque que M. Maygrier a constaté l'existence au cœur d'un souffle systolique paraissant avoir son maximum à la pointe, et que je n'ai pas retrouvé depuis.

La malade a pris en tout 47 bains, en neuf jours et demi. Elle m'a suivi à l'hôpital Cochin, où elle est restée convalescente pendant dix jours. Elle est revenue nous voir un mois et demi après complètement remise et vaquant à ses occupations.

*Listes des températures. L... (Joséphine) (Obs. I.)*

|            |         |      |               |            |       |
|------------|---------|------|---------------|------------|-------|
| 25 février | 2 h.    | 39°2 |               |            |       |
| —          | 5 h.    | 39°4 |               |            |       |
| 26 février | matin   | 39°6 |               |            |       |
| —          | soir    | 39°9 |               |            |       |
| 27 février | matin   | 41°  | après le bain | t° du bain | Durée |
| —          | 1 h. 30 | 40°  | 38°4          |            |       |
| —          | 5 h. 30 | 40°3 | 39°9          |            |       |
| —          | 9 h. 30 | 40°3 | 39°4          |            |       |
| 28 février | 1 h. 30 | 40°2 | 38°4          |            |       |
| —          | 5 h. 30 | 40°4 | 39°9          |            |       |
| —          | 9 h. 30 | 40°2 | 39°4          |            |       |
| —          | 1 h. 30 | 40°  | 38°4          | 25°        | 15'   |
| —          | 5 h. 30 | 39°9 | 37°9          | 23°        | 15'   |
| —          | 9 h. 30 | 39°6 | 38°2          | 20°        | 12'   |
| 1 mars     | 1 h. 30 | 39°7 | 38°1          | 21°        | 15'   |
| —          | 5 h. 30 | 39°8 | 37°9          | 22°        | 10'   |
| —          | 9 h. 30 | 40°  | 38°5          | 22°        | 13'   |
| —          | 1 h. 30 | 39°6 | 38°4          | 20°        | 10'   |
| —          | 5 h. 30 | 39°6 | 37°1          | 20°        | 13'   |
| —          | 9 h. 30 | 39°3 | 37°4          | 19°        | 10'   |
| 2 mars     | 1 h. 30 | 39°2 | 38°1          | 19°        | 14'   |
| —          | 5 h. 30 | 39°3 | 37°6          | 20°        | 15'   |
| —          | 9 h. 30 | 39°2 | 38°2          | 20°        | 6'    |
| —          | 1 h. 30 | 39°2 | 37°5          | 20°        | 9'    |
| —          | 5 h. 30 | 39°5 | 37°8          | 20°        | 10'   |
| —          | 9 h. 30 | 38°8 | 37°3          | 20°        | 9'    |
| 3 mars     | 1 h. 30 | 39°3 | 37°           | 20°        | 10'   |
| —          | 5 h. 00 | 39°3 | 38°           | "          | "     |

|        |         |      |               |     |     |
|--------|---------|------|---------------|-----|-----|
| 3 mars | 9 h. 10 | 39°1 | 37°1          | »   | »   |
| —      | 1 h. 30 | 38°1 | pas de bain.  |     |     |
| —      | 4 h. 05 | 39°8 | 37°8          | 19° | 11' |
| —      | 7 h. 30 | 38°3 | 36°8          | 19° | 10' |
| 4 mars | 12 h.   | 38°5 | 37°8          | 20° | 6'  |
| —      | 3 h. 15 | 39°2 | 37°8          | 21° | 10' |
| —      | 7 h. 15 | 39°2 | 37°7          | 20° | 10' |
| —      | 12 h.   | 39°1 | 37°3          | »   | »   |
| —      | 4 h.    | 38°3 | 37°5          | »   | »   |
| —      | 8 h.    | 38°3 | 37°1          | »   | »   |
| 5 mars | 12 h.   | 39°4 | 37°3          | 20° | 10' |
| —      | 4 h.    | 40°1 | 37°2          | 20° | 13' |
| —      | 9 h.    | 39°8 | 37°1          | »   | »   |
| —      | 12 h.   | 39°2 | 38°4          | 20° | 10' |
| —      | 4 h.    | 38°7 | 37°3          | 20° | 12' |
| —      | 8 h.    | 38°1 | 36°8          | 21° | 10' |
| 6 mars | 12 h.   | 37°5 | pas de bains. |     |     |
| —      | 4 h.    | 39°  | 37°1          | 20° | 10' |
| —      | 8 h.    | 38°9 | 38°3          | »   | »   |
| —      | 12 h.   | 39°  | 37°3          | »   | »   |
| —      | 4 h.    | 37°9 | pas de bain.  |     |     |
| —      | 8 h.    | 38°1 | pas de bain.  |     |     |
| 7 mars | 12 h.   | 38°  | pas de bain.  |     |     |
| —      | 4 h.    | 39°  | 38°           | 20° | 10' |
| —      | 8 h.    | 37°8 | pas de bain.  |     |     |
| —      | 12 h.   | 39°2 | 37°4          | »   | »   |
| —      | 4 h.    | 37°8 | pas de bain   |     |     |
| —      | 8 h.    | 38°4 | 36°7          | »   | »   |
| 8 mars | 12 h.   | 38°  | pas de bain.  |     |     |
| —      | 4 h.    | 39°4 | 37°8          | 20° | 10' |
| —      | 8 h.    | 40°6 | 38°4          | 18° | 10' |
| —      | 12 h.   | 40°6 | 39°3          | 19° | »   |
| —      | 4 h.    | 39°3 | 37°5          | 18° | »   |
| —      | 8 h.    | 37°9 | pas de bain.  |     |     |
| 9 mars | 12 h.   | 38°2 | pas de bain.  |     |     |
| —      | 4 h.    | 38°  | id.           |     |     |
| —      | 8 h.    | 37°6 | id.           |     |     |
| —      | 12 h.   | 37°3 | id.           |     |     |

|         |       |      |              |
|---------|-------|------|--------------|
| 9 mars  | 4 h.  | 37°4 | pas de bain. |
| —       | 8 h.  | 37°8 | id.          |
| 10 mars | 12 h. | 37°5 | pas de bain. |
| —       | 4 h.  | 37°4 | id.          |
| —       | 8 h.  | 37°4 | id.          |
| —       | 12 h. | 37°1 | id.          |
| —       | 4 h.  | 37°6 | id.          |
| —       | 8 h.  | 37°6 | id.          |

|         |                             |  |      |               |      |
|---------|-----------------------------|--|------|---------------|------|
| 11 mars | Température de 7 h. du mat. |  | 37°6 | de 8 h. du s. | 37°7 |
| 12 —    | —                           |  | 37°4 | —             | 37°6 |
| 13 —    | —                           |  | 37°  | —             | 37°4 |
| 14 —    | —                           |  | 37°2 | —             | 37°4 |

Oss. II. — G., Marie, 42 ans, ménagère, entre le 28 juillet à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu.

Ses antécédents présentent peu d'intérêt. Elle a eu la fièvre typhoïde à 18 ans; elle a été réglée à 12 ans, et bien réglée. Elle a eu onze grossesses qui se sont terminées par la naissance à terme de onze enfants vivants. Le dernier accouchement a eu lieu le 21 août 1893.

La grossesse actuelle remonte au mois d'avril 1894. Ses dernières règles ont fini le 3 avril. Cette grossesse s'annonçait bien comme les autres; malheureusement, le 27 juillet, à 9 h. du soir, la malade a une discussion avec sa concierge, et en reçoit des coups. Une demi-heure après, à 9 h. 1/2, perte de sang abondante; à 10 h., contractions douloureuses de l'utérus. A 2 h. du matin, expulsion d'un fœtus de 3 mois et demi à 4 mois. Rétention du placenta.

Amenée dans la nuit du 28 au 29 juillet, on lui fit une injection vaginale antiseptique.

Le lendemain, gaze iodoformée dans le vagin, deux injections vaginales, T. 37.

Le 29, les lochies commençant à sentir, délivrance artificielle faite par mon collègue Duvivier. Le 30, la malade se plaint de coliques. Deux injections intra-utérines sont jugées nécessaires.

Le 31 juillet, injections intra-utérines. T. le matin 38°; soir 38°8.

Le 1<sup>er</sup> août, vers 10 h. du matin, frisson prolongé, peau chaude, sueurs, coliques douloureuses très accentuées, lochies sen-



tant, pouls fréquent, face terreuse. T. 39°4. Curettage immédiat fait par M. Duvivier. Le soir de l'intervention, T. 39°7. Mon collègue me prie de voir cette femme avec lui.

Jé trouve une femme abattue, dont le teint est légèrement terreux, dont les yeux sont excavés et cernés. Elle se plaint de violents maux de tête, de soif. La langue est chargée, humide cependant.

Je prends la malade dans mon service et le même soir, à 7 h. 1/2, sa température était de 39°6, elle est mise aux bains à 25°, sans ablutions sur la tête au début. Les bains seront donnés toutes les trois heures, à 39° et au-dessus et auront une durée de dix minutes à un quart d'heure. La malade sera enlevée du bain au moment où elle commence à frissonner. 2 gr. de Bétol, et une injection intra-utérine par jour.

La malade supporte très bien les bains et va à la baignoire sans difficulté. Elle saute déjà un bain à 1 h. 1/2 du matin le 2 août.

Le 2 août dans l'après-midi, les bains sont abaissés à 23°.

Légère diarrhée depuis le matin, albumine dans l'urine, sondée.

Le 3 août à la visite, il y a toujours de l'albumine dans les urines; la malade dit qu'elle se trouve bien, le pouls est petit et à 100. Pas de bain le 3 août de 10 h. 1/2 du matin au 4 août à 7 h. 1/2 du soir. Injections vaginales.

A la visite du 4 août, deux litres d'urine claire, léger nuage d'albumine encore, la langue est blanche, pas de douleur dans le ventre, plus de diarrhée. Les lochies sentent un peu.

Le 5 août au matin, injection intra-utérine suivie d'un grand frisson. Alimentation : lait, bouillon, quatre œufs, des potages, une potion de Todd.

Le 7 août, bains à 20°. Depuis ce jour, à 7 h. 1/2 de l'après-midi jusqu'à la sortie de la malade, pas de bains.

La température oscille entre 37 et 38°8, qu'elle atteinte une fois. La malade a été mise précipitamment à l'alimentation qui a été bien supportée. Elle ne s'est levée que le 14 août.

La malade a pris 18 bains; trois à 25°, deux à 20°; treize à 23°. Elle n'a eu comme alimentation que du lait et du bouillon pendant trois jours. Pas de médication interne, sauf 2 gr. de Bétol. Un Todd, des injections et des bains.

Elle est sortie complètement guérie le 16 août au soir.

*Listes des températures* (G.... (Marie). Obs. II.)

|                      |          |      |              |           |                          |
|----------------------|----------|------|--------------|-----------|--------------------------|
| 28 juillet           | soir     | 37°5 |              |           |                          |
| 29 —                 | matin    | 36°9 | soir         | 37°1      | Délivrance artificielle. |
| 30 —                 | matin    | 36°4 | soir         | 37°2      |                          |
| 31 —                 | matin    | 38°  | soir         | 38°8      |                          |
| 1 <sup>er</sup> août | matin    | 39°4 | Curet.       | soir 39°7 |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 39°6 | 38°6         | 25°       | 15°                      |
| —                    | 10 h. 30 | 38°7 | 38°          | »         | »                        |
| 2 août               | 1 h. 30  | 38°2 | pas de bain. |           |                          |
| —                    | 4 h. 30  | 38°0 | »            |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 39°2 | 37°8         | 25°       | 15°                      |
| —                    | 10 h. 30 | 40°5 | 38°5         | »         | »                        |
| —                    | 1 h. 30  | 38°5 | 38°          | 23°       | 15°                      |
| —                    | 4 h. 30  | 37°  | pas de bain. |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 38°5 | 38°          | »         | »                        |
| —                    | 10 h. 30 | 39°5 | 39°          | »         | »                        |
| 3 août               | 1 h. 30  | 40°3 | 39°7         | 23°       | 15°                      |
| —                    | 4 h. 30  | 39°9 | 39°          | »         | »                        |
| —                    | 7 h. 30  | 39°2 | 37°6         | »         | »                        |
| —                    | 10 h. 30 | 38°4 | pas de bain. |           |                          |
| —                    | 1 h. 30  | 38°2 | id.          |           |                          |
| —                    | 4 h. 30  | 38°3 | id.          |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 38°  | id.          |           |                          |
| —                    | 10 h. 30 | 38°  | id.          |           |                          |
| 4 août               | 1 h. 30  | 38°2 | pas de bain. |           |                          |
| —                    | 4 h. 30  | 38°3 | id.          |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 37°6 | id.          |           |                          |
| —                    | 10 h. 30 | 38°3 | id.          |           |                          |
| —                    | 1 h. 30  | 38°7 | 38°          | 23°       | 15°                      |
| —                    | 4 h. 30  | 38°4 |              |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 39°4 | 38°9         | »         | »                        |
| —                    | 10 h. 30 | 38°2 | pas de bain. |           |                          |
| 5 août               | 1 h. 30  | 38°6 | 37°1         | 23°       | 15°                      |
| —                    | 4 h. 30  | 38°2 | pas de bain. |           |                          |
| —                    | 7 h. 30  | 39°1 | 37°6         | »         |                          |
| —                    | 10 h. 30 | 38°7 | 37°          | »         | »                        |
| —                    | 1 h. 30  | 39°  | 37°2         | 23°       | 15°                      |

|         |          |      |              |
|---------|----------|------|--------------|
| 5 août  | 4 h. 30  | 38°6 | 37°8         |
| —       | 7 h. 30  | 39°2 | 37°          |
| —       | 10 h. 30 | 39°4 | 38°4         |
| 6 août  | 1 h. 30  | 38°3 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 38°7 | 37°5         |
| —       | 7 h. 30  | 38°  |              |
| —       | 10 h. 30 | 38°1 | pas de bain. |
| —       | 1 h. 30  | 39°  | 37°6         |
| —       | 4 h. 30  | 39°5 | 38°          |
| —       | 7 h. 30  | 40°  | 39°5         |
| —       | 10 h. 30 | 39°4 | 38°4         |
| 7 août  | 1 h. 30  | 38°3 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 38°2 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°2 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 38°8 | 37°8         |
| —       | 1 h. 30  | 38°4 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 39°2 | 37°          |
| —       | 7 h. 30  | 37°4 | pas de bain. |
| —       | 10 h. 30 | 38°  | id.          |
| 8 août  | 1 h. 30  | 38°2 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 38°4 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°6 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°1 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 37°6 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°3 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 38°  | id.          |
| 9 août  | 1 h. 30  | 38°  | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 38°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°  | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°5 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°3 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°2 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 38°  | id.          |
| 10 août | 1 h. 30  | 38°  | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 38°  | id.          |

|         |          |      |              |
|---------|----------|------|--------------|
| 10 août | 7 h. 30  | 37°6 | pas de bain. |
| —       | 10 h. 30 | 37°8 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 38°  | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 38°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°6 | 37°7         |
| —       | 10 h. 30 | 37°8 | pas de bain. |
| 11 août | 1 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 38°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°4 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°8 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 38°3 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 38°4 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°8 | 37°8         |
| —       | 10 h. 30 | 38°2 | pas de bain. |
| 12 août | 1 h. 30  | 38°3 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°3 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°2 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°5 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 38°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 38°  | id.          |
| 13 août | 1 h. 30  | 37°2 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 30  | 37°2 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°  | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°3 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 37°8 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 38°3 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°6 | id.          |
| 14 août | 1 h. 30  | 37°6 | pas de bain. |
| —       | 4 h. 20  | 37°7 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 36°5 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 36°9 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°5 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 37°4 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°9 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°5 | id.          |

|         |          |      |              |
|---------|----------|------|--------------|
| 15 août | 1 h. 30  | 37°  | pas de bain, |
| —       | 4 h. 30  | 37°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 36°8 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 36°8 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 36°8 | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 36°9 | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 37°2 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 37°  | id.          |
| 16 août | 1 h. 30  | 37°  | id.          |
| —       | 4 h. 30  | 37°  | id.          |
| —       | 7 h. 30  | 36°7 | id.          |
| —       | 10 h. 30 | 36°8 | id.          |
| —       | 1 h. 30  | 37°2 | id.          |

Obs. III. — Lag..., femme P., entre le 14 août, baraque 6, hôpital Cochin, lit n° 9, venant du service de M. Quenu, où elle a été reçue dans la nuit du 13 au 14 août.

Le 14 août au matin, mon collègue Duvivier me fait venir dans son service pour voir une femme qui a fait il y a trois jours une fausse couche de quatre mois et qui est infectée. Aucun traitement ne lui a été fait en ville, ni pendant la nuit à l'hôpital.

Au premier examen, femme pâle, yeux cernés, langue humide. Pas de céphalalgie, voix faible, pouls 124, mais mal séparé et par suite difficile à compter. La malade se plaint en plus de douleurs dans le ventre et d'un peu de diarrhée.

A l'examen du ventre, on est frappé du développement qu'il présente.

Le tympanisme est très accentué, l'utérus est dur et facile à sentir au-dessus de la symphyse. La malade a été délivrée complètement en ville et naturellement.

Au niveau de l'ombilic, on voit une légère saillie transversale se dessiner sur la peau, saillie sonore qui est peut-être due à une anse intestinale. Pas de vomissements. Douleur dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche.

En présence de cette anse d'intestin, je comprends l'hésitation de mon collègue à intervenir.

Les lochies sont fétides. Après un lavage externe, et une injection vaginale, le doigt introduit dans le vagin sent facilement

le col, de petits caillots et ramène des débris qui sentent très mauvais.

Injection vaginale, puis injection intra-utérine. T. 37°6.

Traitement : Glace sur le ventre, après application d'une couche de laudanum, 0,10 centigr. d'Extrait thébaïque dans les vingt-quatre heures, sulfate de quinine 0,75. Benzonaphтол 2 gr. et injections vaginales matin, midi et soir. Je n'étais pas pressé de mettre la malade aux bains ; je m'y résous enfin, espérant que ce n'est pas une anse intestinale distendue que je vois au niveau de l'ombilic.

A 4 h. de l'après-midi, la malade, présentant plus de 38°5, est mise au bain à 25°. Elle l'a supporté sans trop se plaindre. Les douleurs abdominales n'ont pas varié.

Le soir, à 7 h. 38°, toujours le même état local et général.

Le lendemain matin à 7 h. T. 39°1, la malade prend un bain qui fait tomber la température à 38°8.

A 8 h. 1/2, à la visite, le ventre est toujours ballonné et sensible.

Le retrait de la main appliqué sur l'abdomen est moins douloureux que son application. C'est décidément bien une anse intestinale que l'on voit au niveau de l'ombilic. Le relief s'accuse.

Tr. Glace à l'intérieur et à l'extérieur. Laudanum sur le ventre. Suspension des bains. Mort à 5 h. de l'après-midi le 15 août, sans phénomènes bruyants.

Le 15 août, à 7 h., deux heures exactement après la mort de la malade que j'ai fait transporter hâtivement à l'amphithéâtre, je fais une incision à la paroi abdominale au niveau de la région cœcale. Après avoir cautérisé au fer rouge la plaie ainsi faite, j'introduis dans le ventre une pipette dans laquelle par aspiration apparaît avec grande facilité un liquide purulent. L'ensemencement est fait immédiatement sur bouillon et agar agar.

Autopsie, le 17 au matin. Rien dans la cage thoracique, mais présence dans l'abdomen d'un liquide purulent collecté dans le petit bassin. Il y en a la valeur de deux verres. L'utérus est gros, vide. Sa face interne est vide et noirâtre, couleur qui tient en grande partie à l'injection de permanganate de potasse.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Achard, médecin des hôpitaux, a donné les résultats suivants : il a démontré la pré-

sence dans le pus de bacilles offrant les caractères morphologiques du coli-bacille.

L'ensemencement a formé des cultures épaisses, blanches, opaques, sur gélose. Dans la gélatine, ce bacille pousse sous forme d'une strie opaque dans les profondeurs, et d'une tache festonnée à la surface, sans produire aucune liquéfaction. Sur pomme de terre, il forme une couche épaisse, luisante, gris jaunâtre. La culture, dans le bouillon additionné de lactose et de carbonate de chaux, donne lieu à un dégagement de bulles gazeuses. Le lait est coagulé en masse. Les cultures dans la peptone pancréatique donnent lieu à la formation d'iridol.

*Température de l'obs. III. Lug., Femme Pen... 37 ans.*

|         |       |      |      |     |     |
|---------|-------|------|------|-----|-----|
| 14 août | 10 h. | 37°6 |      |     |     |
| —       | 1 h.  | 37°4 |      |     |     |
| —       | 4 h.  | 38°5 | 37°  | 25° | 15' |
| —       | 7 h.  | 38°  |      |     |     |
| —       | 10 h. | 37°7 |      |     |     |
| 15 août | 1 h.  | 38°3 |      |     |     |
| —       | 4 h.  | 38°4 |      |     |     |
| —       | 7 h.  | 39°1 | 37°8 |     |     |
| —       | 10 h. | 37°7 |      |     |     |

Voici, Messieurs, les observations que je tenais à présenter à la Société. Les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré m'ont fait constater que la question avait déjà attiré l'attention en Allemagne et en Angleterre.

A cette occasion, qu'il me suffise de signaler les notes bibliographiques suivantes :

W. S. PLAYFAIR. — In *British medical Journal*, novembre 1877, p. 687.

J. A. STOLTZ. — *Dict. de méd. et de chirurgie pratiques*. Art. Puerpéralité (1881), p. 137.

T. GAILLARD THOMAS. — In *New-York medical Journal*, 15 déc. 1883, p. 656.

TANSZKY. — In *American Journal of the medical Sciences*, 1883, p. 40.

- CHABERT. — *Th. de Lyon*, juillet 1884.  
 MUNDE. — *In New-York med. Journal*, 9 oct. 1886.  
 RUNGE. — *Arch. für Gynaek.*, 1886, p. 473, id., 1888.  
 — *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 287, p. 2099, 1886.  
 — *Deutsch. med. Woch.*, 1889, n° 1.  
 — *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaek. zu München*, 1886, S. 171.  
 OSTERLOH. — *Deutsche Zeitschrift für Prakt. Med.*, 1875, n° 9.  
 SCHREDER. — *Traité d'accouchement*. Trad. Charpentier, p. 693-694.  
 SÄXINGER. — *Mittheil. aus der geburtshülflichen gynaekologischen Klinik zu Tübingen*, 1884, p. 146.  
 NAUNYN. — *Arch. f. expe. Patholog. u. Pharm.*, 1884, p. 318.  
 SKINNER. — *Progrès médical*, 2 avril 1887.  
 TUBBAU. — *Lyon médical*, 9 sept. 1888.  
 NAPIER. — *In Practitioner*, 1889, p. 169.  
 BYERS. — *In Dublin Journal of medical Sciences*, May. 1891, p. 479.  
 SWIECICKI. — *In Wiener med. Blätter*, 1891, n° 15, p. 228.

De toutes ces recherches, ajoutées à mes observations personnelles, il résulte que le froid a été employé depuis longtemps dans le traitement de la septicémie puerpérale.

Les uns l'emploient sous forme de compresses glacées placées sur le corps de la malade, combinées ou non avec l'usage d'un matelas d'eau qui refroidit la partie postérieure du corps ; les autres enroulent autour de la malade un tube en caoutchouc dont les deux extrémités plongent dans des vases remplis d'eau et qui a été amorcé au siphon.

La majorité des auteurs recommande le drap mouillé, l'empaquetage pendant des séances de 10 à 20 minutes, ou le bain, qui est plus actif. Le bain a toujours été donné à 30° et au-dessous, la malade présentant une température 39°5 et au-dessus. Dans quelques cas, des affusions froides ont été associées à ce traitement.

Les antithermiques ont été continués pendant l'administration des bains, mais il faut reconnaître qu'ils étaient sans action directe sur la température, puisque c'est cette infériorité du médicament qui a été la raison de l'établissement des bains.

Les bains ont été donnés dans les 74 observations que nous avons recueillies sans qu'il soit fait mention d'intervention



chirurgicale sur l'utérus. Dans une de nos observations seulement il y a eu écouvillonnage, dans une autre curetage.

Le bain est indiqué dès que l'état général est pris, qu'il y ait eu intervention ou non. Il doit être répété assez souvent pour que la température de la malade soit constamment maintenue à une moyenne peu élevée, toutes les quatre heures dans des cas, toutes les trois heures dans les autres. Ce qui doit aussi guider en cela, c'est moins encore la température, que l'état général. Toutes les fois qu'il y a céphalalgie, langue sèche, mictions peu abondantes, facies terreux, il doit être prescrit ; à plus forte raison lorsqu'il y a des phénomènes ataxiques ou adynamiques.

La température des bains doit être variable. Il y a des cas qui, pris au début, sont justiciables de bains progressivement refroidis et donnés à 2 degrés au-dessous de la température que présente la malade. Ce sont les cas pris au début ; à l'hôpital on nous amène des femmes dont la septicémie est faite et bien faite ; il y a avantage à ne pas s'arrêter à une thérapeutique qui repose sur les antithermiques ordinaires, qui donnent peu de résultats, comme nous l'avons vu dans les observations publiées ; cela fait perdre du temps. Il est inutile et dangereux d'attendre : ce sont ces cas qui sont au plus haut point justiciables d'un bain à 28°, que l'on abaisse rapidement à 25° et à 20°, suivant son action sur l'organisme particulier que l'on traite et sa réaction. La durée du bain doit être en général de 10 à 15 minutes, et doit être réglée par l'apparition du frisson qui indique que le traitement a agi.

Dans les cas de collapsus, avant de mettre la malade dans un bain qui sera froid, 20 ou 18°, et de peu de durée, 5 à 6 minutes, on pourrait, si le cœur faiblit, si le pouls est mou, mal séparable et très fréquent, si la malade est bien déprimée, faire précéder la balnéation d'une injection de caféine ou de spartéine.

Le bain agit alors en secouant la malade, en réveillant ses sensibilités. Plus tard on revient au bain ordinaire.

L'alimentation doit consister en bouillon, en lait surtout, et en potions alcooliques, ou en vin généreux, et être largement donnés à la malade.

Les contre-indications des bains sont les suivantes : les

accidents péritonéaux, les phlegmons du ligament large, un collapsus trop complet qu'il faut d'abord améliorer.

La phlegmatia alba dolens demande ainsi une abstention absolue. En dehors de ces complications, toutes celles qui pourraient survenir ne doivent pas arrêter le traitement, et nous avons lu des observations d'infection avec septicémie interne compliquées de bronchite, d'éclampsie, de rougeole, d'érysipèle, qui ont guéri sans qu'il ait été nécessaire d'interrompre les bains. Je ne parle naturellement pas des affections provoquant l'avortement ou l'accouchement qui sont ordinairement traitées par les bains froids et qui ne demandent rationnellement pas d'interruption dans l'administration des bains.

Le bain agit d'abord en abaissant la température, en augmentant la quantité d'urine même, en relevant l'affaiblissement du cœur, en faisant disparaître la céphalalgie. Il stimule le malade et le fait sortir de sa stupeur. Il laisse à sa suite la malade dans un état de quiétude absolue, et le plus souvent après le bain les malades que j'ai traitées ont joui d'un sommeil qu'elles n'avaient plus depuis qu'elles étaient sous le coup de leur septicisme. Ce sont avec l'abaissement de la température l'émission d'une urine plus claire, plus abondante, les symptômes que l'on peut constater sans avoir à interroger la malade.

Quant au résultat des bains, il est assez important, même, pour que je ne termine pas cette communication sans vous donner la mortalité des cas traités, et je tiens à le répéter, ce sont tous des cas où la septicémie était intense et sur lesquels les autres antithermiques n'avaient pas de prise.

J'ai réuni, sans parler des articles où les auteurs disent qu'ils n'ont eu quedes succès sans nous en donner le nombre, 74 observations :

Sur ce nombre, j'ai une mort par péritonite.

Chabert trois, l'une due à une métastase pulmonaire d'origine pyohémique ; l'autre survint chez une femme en travail qui avait été trois jours avec rupture prématurée de la poche des eaux, présentation de l'épaule qui nécessita une version ; la troisième survint chez une femme dont la septicémie était

particulièrement intensive et que Chabert regretta de n'avoir pas traitée plus énergiquement.

Runge a deux morts à la suite d'accidents péritonéaux et recommande bien de ne pas baigner une femme qui a de la péritonite, et qui est perdue, quel que soit le traitement employé ; aussi je ne comprends pas très bien pourquoi Stolz, dans son article Puerpéralité, recommande surtout des bains dans les cas de péritonite lorsque tous les auteurs qui se sont occupés avec lui de la question déconseillent absolument la réfrigération dans ces cas.

Skinner a une mort à signaler, due à une septicémie excessive traitée timidement.

En acceptant la statistique la plus brutale, cela fait 7 morts sur 74 cas, dont trois morts sont dues à la péritonite puerpérale que l'on doit savoir ne pas baigner. Cela fait moins d'une mort sur 10 cas observés, et sur dix cas contre lesquels la thérapeutique ordinaire avait été impuissante jusque là. Je crois que ces chiffres et ces considérations suffisent pour juger la méthode.

**Discussion :** M. NITOT. — Etes-vous partisan de l'emploi exclusif des bains ?

M. MACÉ. — Non pas, je pense qu'il faut considérer deux questions dans votre proposition. L'infection utérine, on doit la traiter comme il est de règle aujourd'hui, et je le ferai tout le premier. Mais je veux établir qu'il ne faut pas attendre pour combattre la septicémie qui est le fait de l'infection, et je crois qu'au bout d'un jour, on doit laisser les antithermiques ordinaires pour mettre en vigueur l'administration des bains, qui est le seul traitement sûr.

M. NITOT. — Je crois qu'il faut d'abord faire le curettage avec une large curette et que la septicémie sera évitée.

M. MACÉ. — Je suis de votre opinion ; mais encore faut-il que la septicémie ne soit pas déjà déclarée et intensive lorsque l'on nous amène à l'hôpital ces malades qui n'ont pas vu de médecin. C'est malheureusement ce qui arrive. Nous avons alors à traiter l'état de l'utérus et l'état général de la malade.

M. MAYGRIER. — Je tiens à dire que la malade qui fait le sujet de la première observation de M. Macé était dans un état très alarmant à son arrivée dans mon service et j'étais bien peu rassuré sur la fin de son affection.

M. PORAK. — Mais comment agit le bain froid que vous donnez ?

M. MACÉ. — Il agit en faisant uriner la malade, en abaissant la température, en tonifiant l'impulsion cardiaque, en faisant disparaître la céphalalgie, et en provoquant un sommeil paisible que n'avaient pas les malades jusque-là. Ce sont, en un mot, les résultats que nous connaissons pour les autres affections traitées déjà par cette méthode.

---

## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 18 novembre 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Communications.* — APERT : Monstre pseudencéphale. *Discussion* :

MM. GUÉNIOT, PORAK, BUDIN, APERT. — PORAK : Symphyséotomie chez une multipare rachitique. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT, MAYGRIER, BUDIN, LABUSQUIÈRE, PORAK. — NITOT : Hystérectomie totale sans morcellement par la voie vagino-abdominale combinée. *Discussion* : PICHEVIN, NITOT. — NITOT : Nouvelle valve opératoire. *Discussion* : OLIVIER, DOLÉRIS, NITOT.

M. E. APERT. — **Monstre pseudencéphale avec hernie ombilicale et malformations génitales. Naissance au terme de 7 mois. — Mort peu après la naissance :** J'ai l'honneur de présenter à la Société un fœtus monstrueux, né à la Maternité, dans le service de M. le Docteur Guéniot, le 8 novembre 1894. Voici la description de ce fœtus :

Vu de face, il a un aspect des plus singuliers ; il ressemble absolument à certaines figurines représentant des dieux hindoux ou chinois. La face est absolument enfoncée entre les épaules, reposant directement sur elles ; le menton touche la paroi sternale ; il n'existe pas de cou, un bourrelet marque la limite de la face et de la poitrine, le front manque complètement, les yeux occupent le point le plus élevé de la face, faisant de chaque côté de la ligne médiane une saillie comparable à celle des yeux d'un crapaud. La bouche est entr'ouverte et la langue sort sa pointe entre les lèvres.

Vu de dos, on constate que la voûte du crâne manque complètement, le crâne est largement ouvert en haut et en arrière, ainsi que le canal rachidien dans toute son étendue jusqu'à la région lombaire.

La peau fait défaut au niveau de cette ouverture ; elle s'arrête en avant à peu de distance au-dessus des yeux dont elle recouvre directement la face supérieure, sans interposition de paroi

osseuse ; autrement dit, la paroi supérieure de l'orbite est uniquement formée par la peau.

Latéralement, la peau s'arrête un peu au-dessus des oreilles, lesquelles sont régulièrement conformées. Dans le dos la peau s'arrête à quelques centimètres de la ligne médiane, laissant à découvert la gouttière rachidienne jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire.

Sur les bords du défaut de continuité, la peau est sur une largeur de quelques millimètres recouverte de cheveux assez longs, formant une collerette autour du crâne absent, collerette se prolongeant sur les bords de la gouttière rachidienne, jusque assez bas dans le dos.

Une fine membrane transparente recouvre les parties ainsi laissées à nu dans le crâne et la gouttière rachidienne, et tapisse la surface d'une tumeur saillante qui se voit sur la base du crâne, à sa jonction avec le rachis.

Cette tumeur, molle, a été partiellement écrasée pendant l'expulsion du fœtus. Elle est aplatie, et vidée comme un kyste qui se serait rompu, mais elle contient encore des parties grisâtres mollasses, ressemblant à du tissu cérébral écrasé.

Je n'ai pas vu de trace du tissu érectile « ressemblant au tissu des corps caverneux », signalé dans ce cas, par les auteurs ; la membrane formant la paroi de cette tumeur était seulement très vascularisée.

D'après l'apparence que conserve la tumeur écrasée, on doit penser qu'elle était formée de deux moitiés symétriques, séparées par un sillon, et que le volume de chacune de ces moitiés était celui d'une noix.

En avant de cette tumeur, la membrane recouvre directement un plancher osseux résistant, qui n'est pas absolument plan, mais présente des saillies légères et des dépressions, peu profondes, beaucoup moins prononcées que les fosses cérébrales supérieures et moyennes auxquelles elles semblent néanmoins répondre par leur situation.

La double tumeur ci-dessus décrite est située en arrière de ces dépressions, semblant occuper les fosses cérébrales inférieures (fosses cérébelleuses).

Dans la gouttière rachidienne, on ne voit pas de trace de

moelle, mais seulement quelques filaments d'apparence fibreuse à la région lombaire.

Ce fœtus présentait en outre une grosse hernie ombilicale et des malformations des organes génitaux.

La hernie ombilicale atteint la grosseur d'une pomme ; elle contient une partie du foie et de la masse intestinale, la peau s'arrête à sa base, elle est recouverte par une membrane transparente.

Le fœtus est mâle, mais les organes génitaux sont très atrophiés. La verge est réduite à un très petit tubercule avec un prépuce très court qui laisse à découvert le sommet d'un petit gland perforé, par lequel un stylet fin pénètre jusque dans la vessie.

Le scrotum est à peine différencié de la peau des régions voisines, il est tout à fait aplati, on ne sent pas les testicules. L'anus est bien conformé. Les membres supérieurs et inférieurs n'ont pas de malformations.

Tels sont les résultats de l'examen extérieur de ce fœtus. Pour étudier sa conformation intérieure, il a été congelé, puis scié sur la ligne médiane.

Ce qui frappe au premier abord sur la surface de coupe, c'est l'incurvation en avant très marquée de la colonne cervicale ; à partir de son union avec la colonne dorsale, la colonne cervicale se porte en avant et en haut jusqu'à la quatrième cervicale, puis à ce niveau se replie sur elle-même à angle aigu pour se porter directement et horizontalement en arrière et s'articuler avec l'occipital ; il résulte de cette disposition que l'occiput touche presque la première vertèbre dorsale, la peau passe directement de l'occiput sur le dos, ce qui explique l'absence apparente du cou. Le nombre des vertèbres n'est pas diminué, mais leurs corps seuls existent, les lames vertébrales manquent jusqu'au niveau du sacrum.

La coupe de la mâchoire inférieure se voit à quelque distance en avant du sternum et au niveau de la poignée de celui-ci, et la peau passe directement de la mâchoire supérieure jusque sur la partie inférieure du sternum, d'où l'absence du cou en avant. Le maxillaire inférieur est comme tombé au devant du sternum par suite de l'affaissement de la colonne cervicale.

Les organes du cou sont tassés les uns sur les autres, l'os hyoïde et le larynx se voient au-dessus et un peu en arrière de l'ex-

trémité supérieure du sternum, bien au-dessus par conséquent du maxillaire inférieur. La langue, les fosses nasales, la coupe des os de la base du crâne ne présentent rien de particulier.

J'ai ensuite disséqué une des moitiés du corps pour examiner les viscères. Le thymus, le poumon, le cœur ne présentent rien d'anormal. Le foie est presque tout entier dans la hernie ombilicale. L'estomac, les intestins sont normaux. Le rein, la vessie, l'urètre n'offrent rien de particulier. Le testicule n'existant pas dans le scrotum, je l'ai cherché en vain dans l'abdomen et le bassin. Il est possible que cet organe, très atrophié, ait échappé à l'examen. Autour du col de la vessie il existait un peu de tissu glandulaire, rudiment de prostate.

Malgré l'absence complète de cerveau et de moelle, les nerfs périphériques sont bien développés.

Dans quel genre classer ce monstre ? Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, divise les monstres de cette famille en exencéphaliens, pseudencéphaliens et anencéphaliens, selon que le cerveau est présent, ou figuré par une tumeur vasculaire ou kystique, ou bien absent. Dans notre cas, il existait une tumeur kystique sur le sommet de la tête. Il s'agit donc d'un pseudencéphalien. Cette classe comprend trois genres : nosencéphale, quand le crâne est ouvert seulement aux régions frontale et pariétale ; thlipsencéphale, quand l'ouverture comprend toute la voûte crânienne, jusque et y compris le trou occipital ; pseudencéphale quand le canal vertébral est en outre largement ouvert et la moelle absente. Notre sujet est donc un pseudencéphale.

Voici maintenant quelques renseignements sur les antécédents, la grossesse et l'accouchement.

*Antécédents héréditaires.* — La mère de ce fœtus est une nommée B..., âgée de 20 ans, marchande ambulante, bien conformée, bien portante, ne présentant aucun signe de syphilis, ni d'alcoolisme.

Le père serait aussi bien conformé, bien portant, ni syphilitique, ni alcoolique.

Ils ont eu, il y a 2 ans 1/2, un premier enfant bien conformé, mais petit et faible, et qui est mort au bout de 11 jours.

*Grossesse.* — Dernières règles fin mars (l'enfant est donc né à environ 7 mois).



Grossesse normale, mouvement du fœtus, à 4 mois 1/2.

*Travail.* — Début des premières douleurs, le 6 novembre, au matin.

Entrée à la Maternité, le 7 novembre, à 9 heures du soir. Examen fait à ce moment par M<sup>lle</sup> Cérard, sage-femme :

Utérus très développé, fluctuation (hydramnios). Toucher vaginal : partie fœtale mal engagée, fuyant sous le doigt ; prise pour le sommet s'engageant mal à cause de l'hydramnios.

*Accouchement.* — Accouchement à 2 heures 1/2 du matin, expulsion très rapide en bloc du fœtus, front premier ; après quelques mouvements convulsifs, mort.

*Délivrance.* — Délivrance normale.

*Suites de couches.* — Normales.

**Discussion.** — M. GUÉNIOT. — Ce cas, sans doute, rentre dans les cas connus. Mais il présente deux particularités assez rares : l'ouverture de la colonne vertébrale dans presque toute sa longueur et l'absence complète du cou qui donne un peu à ce fœtus l'aspect d'une raie.

M. PORAK. — Ces monstruosités ne sont pas très rares. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en étudier. J'ai toujours trouvé à la base du crâne, une tumeur téléangiectasique qui avait dissocié les éléments nerveux et empêché le développement de la voûte du crâne ?

M. BUDIN. — Comment s'est présenté le fœtus ? Il arrive assez souvent, dans les cas d'anencéphalie, que la pression du doigt explorateur, pendant le toucher, provoque des mouvements convulsifs du fœtus. Ces mouvements ont même lieu quelquefois spontanément pendant la grossesse et le travail quand certaines parties du fœtus se trouvent en contact avec la paroi utérine. Chez le fœtus présenté par M. Apert, il y a à la fois spino-bifide crânien et rachidien. Il serait intéressant de faire la dissection de la colonne vertébrale.

M. PORAK : **Rachitique mesurant 1 m. 30 de taille. — 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> accouchements terminés à terme par basiotripsie ; 3<sup>e</sup> accouchement provoqué, enfant mort. — Bassin aplati avec redressement de la courbure du**

**sacrum mesurant au diamètre promonto-sous-pubien 8 cent., 8. — 4<sup>e</sup> accouchement, en travail, à terme. — Symphyséotomie d'emblée. — Mère bien portante. — Enfant survit.**

La nommée L. E., femme E., 34 ans, se dit lingère, quoique en réalité elle soit chiffonnière, elle est entrée à l'hôpital Lariboisière, le 5 octobre 1894.

Au point de vue des commémoratifs, elle nous raconte que sa mère est morte à 57 ans d'une affection cardiaque et son père à 73 ans. Elle a eu 17 frères ou sœurs, dont 15 sont morts entre 5 et 7 ans. Elle a été la seule de petite stature.

Elle aurait marché à 9 mois, puis elle serait tombée malade, se serait nouée, elle n'a repris la marche qu'après un assez long temps qu'elle ne peut préciser.

Elle a eu deux accouchements déjà, le premier en 1882, le second en 1883. Les deux premiers accouchements se sont terminés à terme après un travail très long, de trois jours et par basiotripsie (Pinard). En octobre 1886, M. Pinard aurait provoqué le travail dans le 7<sup>e</sup> mois de la grossesse ; il semble qu'on a dû terminer l'accouchement par une intervention opératoire et que l'enfant est venu mort.

La grossesse actuelle remonte au mois de décembre 1893. Dernières règles 20 décembre. Au début elle a souffert de nausées et de vomissements.

C'est une femme de petite stature. Taille 1 mètre, 30. Elle se tient droite. La tête et le tronc sont bien développés et les membres inférieurs sont courts. L'extrémité des mains arrive à peu près au milieu des cuisses. Les bras mesurent de l'acromion à l'extrémité du médus 59 cent. Le segment inférieur du corps de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la plante du pied mesure 70 cent.

La colonne vertébrale ne présente pas de courbures anormales. Les incurvations des membres inférieurs sont peu accusées, mais évidentes cependant. Elles consistent en une courbure antéro-interne des tibias. La courbure des fémurs est moins nette. Les dents sont assez bonnes, régulières comme longueur, mais mal implantées.

Le bassin est symétrique. Les épines iliaques antérieures et postérieures sont à égale distance de la ligne médiane.

La femme possède un tissu cellulaire un peu surchargé de graisse sans qu'on puisse dire qu'elle soit obèse. La circonférence du bassin prise au niveau des trochanters et des crêtes iliaques donne la même mensuration de 91 centimètres. Son bassin paraît donc large transversalement.

Le promontoire est assez élevé, mais facile à atteindre. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 8 cent., 8. Il existe un faux promontoire assez accusé au niveau de l'articulation de la 5<sup>e</sup> vertèbre sacrée avec la 4<sup>e</sup>. La distance fausse promonto-sous-pubienne mesure 8 cent. La face antérieure du sacrum présente une excavation certainement de flèche moindre que normalement. On sent nettement une intumescence au niveau de chaque articulation des corps vertébraux sacrés. Le sacrum se dirige cependant en arrière. La partie inférieure du sacrum et surtout le coccyx reviennent très nettement en avant.

Diamètre bis-épineux antérieur... 25 cent.

Diamètre des crêtes..... 27 cent. 1/2.

Nous avons cherché à évaluer le diamètre transverse du détroit supérieur avec le compas de Budin. Nous avons trouvé 11 centimètres. Pour calculer ce diamètre, nous n'avons pas endormi notre cliente. Cet examen était douloureux et nous n'avons certainement pas donné à l'écartement des branches toute l'étendue possible. Il n'est donc pas douteux que cette mensuration soit nettement au-dessous du diamètre vrai. Nous estimons que le diamètre transverse au détroit supérieur est relativement grand.

Cette femme, par sa petite stature et par les dimensions plutôt fortes de la tête, présente un air de famille avec les achondroplasiques.

Il n'est cependant pas douteux qu'elle soit une rachitique vraie. L'arrêt de la marche vers la fin de la première année, la longueur relative des membres, surtout des membres supérieurs, le caractère nettement aplati du bassin, avec des diamètres transversaux relativement grands la distinguent très nettement des achondroplasiques.

L. E. entre à l'hôpital Lariboisière, alors qu'elle est arrivée au terme de sa grossesse. Le travail a débuté la veille, le 4 octobre, à 4 heures du soir. Lorsque je la vis à 11 heures le 5 oct. la dilatation du col était complète. La poche des eaux en boudin, fait

hernie jusqu'à l'orifice vulvaire. On y rencontre le pied et la main gauche.

On décide la symphyséotomie d'emblée.

Soins antiseptiques habituels. Chloroformisation. Opération commencée à midi.

Incision semi-circulaire au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres. Je rabats le lambeau inférieur, j'ouvre l'aponévrose périnéale en rasant le bord inférieur du ligament triangulaire. Hémorrhagie très modérée, deux artérioles sont pincées. Incision de la symphyse de bas en haut et d'arrière en avant. On applique l'écarteur de M. Pinard, pour mesurer l'éloignement des pubis pendant l'opération.

Ouverture de la poche des eaux, abaissement du pied en procidence et extraction facile de la portion sous-ombilicale du tronc, difficulté légère pour défléchir le bras droit.

Les aides ont rapproché les genoux. Un autre aide appuie la tête par la méthode de Champetier de Ribes, pendant que j'exerce des tractions sur la tête par la méthode de Mauriceau. L'écartement maximum des pubis pendant l'extraction de la tête a été de 5 cent.  $\frac{3}{4}$ .

L'enfant née en état de mort apparente est facilement ranimée au bout de 5 minutes. Hémorrhagie assez abondante dès la naissance de l'enfant. Extraction du placenta 15 minutes après. Poids, 530 gr., déchirure des membranes complètes 20 cent. d'un côté, 9 cent. de l'autre. Liquide amniotique peu abondant. Utérus reste mou. Hémorrhagie et injections chaudes très abondantes, deux piqûres d'un centimètre cube d'ergotine.

Pas de déchirure des parties molles. Sutures au crin de Florence de l'incision cutanée. Iodoforme. Pansement ouaté et bandage de flanelle aussi serré que possible.

Fille pesant 3.150 gr., longueur du corps, 50 cent.

Diamètre occipito-frontal, 11 cent., 3 ;

— occipito-mentonnier, 12 cent., 8 ;

— bi-pariétal, 10 cent. ;

— bi-temporal, 8 cent., 3 ;

— Sous-occipito-bregmatique, 9 cent., 2.

Dans le cours de la journée, l'hémorrhagie ne se reproduit plus, mais l'utérus reste mou. On a été obligé de le surveiller toute la journée et à 4 heures de l'après-midi, on est obligé de pratiquer

une 3<sup>e</sup> piqûre d'un centimètre cube d'ergotine. Alors l'utérus se rétracte d'une façon satisfaisante et on applique la ceinture de Guéniot.

- 6 oct. matin P. 104, T. 36.6. — Soir P. 96, T. 37. Cathétérisme vésical. Piqûre 1 cent. de morphine.  
 7 oct. matin P. 106, T. 36.4. — Soir P. 106, T. 36.3. Cathétérisme vésical. Piqûre 1 cent. de morphine.  
 8 oct. matin P. 96, T. 36.6. — Soir P. 100, T. 36.8. Cathétérisme vésical. Piqûre 1 cent. de morphine.  
 9 oct. matin P. 100, T. 36.8. — Soir P. 104, T. 37.4.  
 10 oct. matin P. 104, T. 36.8. — Soir P. 108, T. 37.2.  
 11 oct. matin P. 100, T. 37. — Soir P. 114, T. 37.4.  
 12 oct. matin P. 100, T. 37. — Soir P. 98, T. 36.8.  
 13 oct. matin P. 98, T. 37. — Soir P. 88, T. 37. Enlèvement de la ceinture Guéniot.  
 14 oct. matin P. 100, T. 37. — Soir P. 94, T. 36.6.  
 15 oct. matin P. 86, T. 36.8. — Soir P. 100, T. 37.2. Enlèvement des fils.  
 16 oct. matin P. 84, T. 37. — Soir P. 80, T. 37.  
 17 oct. matin P. 80, T. 37. — Soir P. 80, T. 36.8  
 18 oct. matin P. 100, T. 37.

La parturiente a eu les suites de couches les plus normales. Elle est très insubordonnée. On a été obligé de replacer le pansement tout défait dès le lendemain et de le refaire fréquemment. On ne peut l'empêcher de porter la main à la plaie et de se gratter. C'est à cause de ce défaut d'obéissance que nous avons maintenu si longtemps la ceinture de M. Guéniot et enlevé si tard les fils.

Le 18 oct. elle veut absolument partir, parce qu'on lui a dit que son intérieur ne marchait pas à sa fantaisie.

La cicatrisation de la plaie était parfaite. L'utérus bien revenu sur lui-même.

Les symphyses paraissent en bon état. Elles sont peu sensibles. On n'a pas exploré, bien entendu, leur mobilité.

J'ai envoyé un de mes élèves visiter cette femme chez elle. Il apprend que deux jours après son arrivée chez elle, elle a repris son métier de chiffonnière, et qu'elle est allée depuis tous les jours faire ses recherches habituelles dans les ordures ménagères.

Le 6 novembre, j'ai revu l'opérée. Elle ne se plaint d'aucune douleur dans le bassin et affirme qu'elle marche aussi bien qu'au-paravant.

Il n'en va pas de même du côté de l'enfant. Son observation présente de l'intérêt.

5 oct. L'enfant respire assez mal. On lui donne, en deux fois différentes, des bains sinapisés. On lui fait respirer de l'oxygène.

6 oct. Poids 2.950 gr. Temp. soir 39°4. Pendant 1 h. 1/2, le matin, il est pris à plusieurs reprises de convulsions. La peau prend une teinte jaune. Respiration toujours gênée. Inhalations d'oxygène.

7 oct. Poids 2.960 gr. Temp. matin 38°4, soir 39°. Il rejette le lait de femme qu'on cherche à lui faire prendre. Injection sous-cutanée dans les fesses de 30 cent. cubes de solution salée à 7/1000.

8 oct. Poids 2.875 gr. Temp. matin, 39°2, soir 39°. Il tette, mais il tette mal. On lui fait couler du lait de femme dans la bouche. Selles normales. On constate aux deux mains, principalement à gauche, une contracture qui cède d'ailleurs facilement. Injection de sérum.

9 oct. Poids 2.775 gr. Temp. matin 38°8, soir 38°8. Statu quo. Nouvelle injection de sérum.

10 oct. Poids 2.725 gr. Temp. matin 39°2, soir 40°. On constate de la raideur douloureuse du cou. Selles fétides, mais digérées et jaune-foncé.

11 oct. Poids 2.500 gr. Temp. matin 40°2, soir 40°2. L'avant-bras se fléchit sur le bras droit. La contracture s'étend de ce côté, mais la raideur du cou s'atténue.

12 oct. Poids 2.380 gr. Temp. matin 39°4, soir 39°8. Le soir, à 5 h., on lui donne un bain à 30°, refroidi à 27°. La température avant le bain est à 40°2. La température, après le bain, n'est pas indiquée, mais elle avait baissé. A minuit, second bain de 30° abaissé à 27°. La température, qui marquait avant le bain 39°8, tombe à 37°7. La raideur du cou est disparue.

13 oct. Poids 2.360 gr. Temp. matin 39°2, soir 39°8. Le matin on lui donne un bain à 30° abaissé à 26°. La température, avant le bain à 39°8, tombe à 36°4. Le soir, bain donné dans les mêmes conditions de température. Température avant le bain 39°3, tombe à 36°7.

14 oct. Poids 2.380 gr. Temp. matin 38°8, soir 38°2. On cesse les bains. La contraction persiste. Selles fétides.

15 oct. Poids 2.370 gr. Temp. matin 39°2, soir 38°6. Statu quo.

16 oct. Poids 2.430 gr. Temp. matin 38°4, soir 38°6. Statu quo.

17 oct. Poids 2.430 gr. Temp. matin 37°2, soir 37°2. Statu quo.

18 oct. Poids 2.500 gr. Temp. 37°8. La mère nous quitte, emportant son enfant.

Le 6 novembre, L. E. est venue à l'hôpital avec son enfant. Elle lui donne à téter. Mais elle a très peu de lait et elle le nourrit surtout avec du lait qu'elle prend n'importe où et qu'elle coupe avec de l'eau panée. L'enfant se trouve dans un état relativement satisfaisant. Il pèse 2.650 gr., c'est-à-dire 150 grammes de plus qu'au moment de sa sortie, mais cependant 500 grammes de moins qu'au moment de sa naissance. Les phénomènes de contracture ont disparu. Je reste frappé de l'apparence que présente sa tête. Le front est bombé. La suture sagittale et les fontanelles sont très étendues et très peu ossifiées.

Voici les dimensions de la tête au moment de la naissance, le 6 novembre :

|                            | Au moment de la naissance. | Le 6 novembre. |
|----------------------------|----------------------------|----------------|
| Diamètre occipito-frontal, | 11 cent., 3,               | 12 cent.,      |
| — occipito-mentonnier,     | 12 cent., 8,               | 12 cent., 9 ;  |
| — bi-pariétal,             | 10 cent.,                  | 10 cent., 4 ;  |
| — bi-temporal,             | 8 cent., 3,                | 8 cent., 5 ;   |
| — sous-occipito-bregma-    |                            |                |
| — tique,                   | 9 cent., 2,                | 9 cent., 7.    |

On voit que tous les diamètres de la tête ont augmenté, quoi que l'enfant ait perdu beaucoup de poids. Il a tout l'apparence d'un hydrocéphale.

Je pourrai rapprocher de ce fait que l'enfant de l'opérée de l'obs. I, qui est infirmière dans mon service, a apporté son enfant dans mon service quelques mois après sa naissance, atteint d'une hydrocéphalie énorme, à laquelle il a succombé.

Il n'y a probablement dans le rapprochement de ces deux faits qu'une coïncidence, mais bien une singulière coïncidence pour une maladie relativement rare.

**Discussion:** M. CHARPENTIER. — L'extraction a-t-elle été difficile ?

M. PORAK. — Non. Elle a été facile.

M. GUÉNIOT. — A l'heure actuelle j'ai pratiqué personnellement 8 symphyséotomies et M. Potocki en a fait deux dans mon service. Ces dix opérations ont été faites du 6 octobre 1892 au 6 novembre 1894. Sur mes 8 observations, j'ai eu 8 femmes vivantes et 8 enfants vivants.

Pour les deux cas de M. Potocki, les deux femmes ont très bien guéri, mais un des enfants est venu mort avec le cordon sectionné sans qu'on sache pourquoi.

Chez ma 5<sup>e</sup> opérée, il existait une obliquité telle du bassin, qu'on pouvait croire à un bassin oblique ovalaire et j'ai été très perplexe avant d'intervenir, car je craignais qu'il n'y eût une soudure sacro-iliaque. Mes craintes ne se sont pas réalisées et j'ai extrait un enfant parfaitement vivant.

Cette femme a été symphyséotomisée une 2<sup>e</sup> fois ; c'est la seconde opération de M. Potocki, laquelle fut suivie également d'un plein succès pour la mère et pour l'enfant.

M. MAYGRIER. — M. Guéniot a pu faire passer un enfant vivant par un bassin oblique ovalaire, par la simple symphyséotomie sans pratiquer l'ischio-pubiotomie que préconise M. Pinard dans ces cas.

M. BUDIN fait remarquer que lorsque qu'on fait la symphyséotomie, une seule articulation jouant peut donner un agrandissement suffisant pour laisser passer un enfant vivant. C'est ce qui a lieu pour le bassin-oblique-ovalaire. On obtient un demi-résultat qui est suffisant. Puis on sait fort bien qu'il y a des femmes à bassin oblique-ovalaire qui accouchent spontanément ; cela dépend des dimensions du bassin et du volume du fœtus.

A propos du mode de production des déchirures vaginales dont M. Porak a parlé dans la dernière séance, M. Budin revient sur le mécanisme qu'il a indiqué et qui semble avoir passé inaperçu. Quand les pubis sont réunis, ils forment une surface plane ; mais lorsque la symphyse est sectionnée, les os étant écartés, leur extrémité libre forme en arrière deux angles coupants qui viennent appuyer sur les parois vaginales distendues. Celles-ci se trouvant comprimées entre les pubis et la tête fœtale ou le forceps, les crêtes coupantes entament les tissus. Cette explication n'est pas une simple vue



théorique, car dans un cas où il fit la symphyséotomie suivie de la version, M. Budin montre à ses élèves, sur la tête fœtale, deux lignes rouges correspondant exactement aux arêtes coupantes des pubis écartés. D'ailleurs, il suffit, quand on fait la symphyséotomie, de mettre le doigt sur ces angles, pour se rendre compte de la facilité avec laquelle ils doivent pouvoir lésér les parties molles.

M. PORAK. — Le mécanisme indiqué par M. Budin a pu, en effet, se produire dans une observation où la déchirure a été observée sur la paroi antérieure de la vessie. La lecture des observations m'a cependant inspiré cette conviction que presque toujours la déchirure part de l'anneau vulvaire pour s'étendre soit latéralement vers la plaie opératoire, soit sur la ligne médiane où elle intéresse les voies urinaires.

M. MAYGRIER. — Dans l'unique symphyséotomie que j'ai faite, j'ai eu une déchirure du vagin qui était bien due au mécanisme indiqué par M. Budin. Il n'y avait rien au vestibule.

M. BUDIN. — J'ai parlé des déchirures du vagin, et non des déchirures du vestibule ; les deux lèvres peuvent être indépendantes et les déchirures du vagin seul ne sont pas rares.

M. LABUSQUIÈRE. — M. Guéniot a-t-il observé de ces accidents ? Il serait important de savoir si ces cas sont fréquents.

M. GUÉNIOT. — La première opération que j'ai faite a donné lieu à un accident de ce genre qui n'a présenté aucune gravité. Mais c'était un cas très exceptionnel. Voici le procédé que j'emploie et qui m'a toujours évité les accidents.

Je fais une petite incision de 5-6 cent. sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du pubis et ne descendant guère sur le pubis ; cette incision porte surtout sur la région hypogastrique. Le doigt s'introduit dans la cavité prévésicale, il refoule la vessie ; c'est sur ce doigt que la symphyse est incisée de haut en bas et d'arrière en avant, lentement, par petits coups ; et quand j'arrive à la fin, je redouble d'attention.

Dès que se produit l'écartement des pubis, les aides doivent se tenir en garde pour en bien régler l'étendue.

Chez les femmes qui ont des bassins rétrécis nécessitant l'intervention, il existe souvent une dilatation très incomplète de l'ouverture utérine ; mais si le col est souple on peut quand

même introduire au préalable le forceps. Il arrive alors que les tractions entraînent le segment inférieur jusqu'à la vulve; toute son épaisseur protège donc le vagin contre les bords tranchants dont parlait M. Budin. C'est peut-être à ce procédé que je dois de ne pas avoir eu plus d'une déchirure.

M. PORAK. — M. Pinard indique dans ses dernières publications l'existence des déchirures des parties molles. Au Congrès de Rome, je crois, ou dans sa dernière statistique, il relate l'existence de déchirures des parties molles dans cinq cas. Je retiens ce fait qu'il les a toujours observées chez les primipares.

M. NITOT. — **Hystérectomie totale sans morcellement par la voie vagino-abdominale combinée (des dangers du morcellement).** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société une tumeur fibreuse de l'utérus de volume moyen que nous avons opérée le mois dernier à notre Maison de santé.

Les symptômes, auxquels cette tumeur donnait lieu, étaient surtout des phénomènes douloureux de compression du rectum et de la vessie. La malade, qui était âgée de 38 ans et mère de trois enfants, était dans l'impossibilité de travailler, et, bien que ses règles fussent régulières, elle perdait abondamment à chaque époque pendant 5 à 6 jours au point d'être obligée de garder le lit. C'est dans ces conditions qu'elle accepta une opération.

L'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus se fait actuellement par morcellement et de préférence par le vagin chaque fois que le volume de la tumeur n'est pas trop considérable et ne nécessite pas un travail par trop laborieux. Cependant l'on a vu des opérateurs habiles enlever par hystérectomie vaginale et par morcellement des tumeurs assez grosses pour remonter jusqu'à l'ombilic. L'opération est alors difficile et de longue durée et il y aurait tout avantage à la simplifier. Mais nous croyons actuellement que le volume même de la tumeur n'est pas suffisant pour faire juger a priori si avec un peu plus ou moins d'habileté telle tumeur est susceptible d'être extraite par le vagin; il faut surtout s'enquérir de l'étendue de la cavité utérine.

Nous sommes de ceux qui pensons que l'antisepsie la plus rigoureuse doit être observée au cours de l'hystérectomie vaginale si l'on veut se préserver à coup sûr des accidents graves post-

opératoires que cette opération peut engendrer. Nous avons cette année même publié à la Société médicale du IX<sup>e</sup> arrondissement un compte rendu de ces accidents dans un mémoire intitulé : « A propos de l'hystérectomie vaginale. » Dans ce mémoire, nous insistions, entre autres précautions, sur la nécessité qu'il y avait à faire précéder l'hystérectomie d'un curetage préalable très minutieux de la cavité utérine dans le but d'empêcher les germes infectieux contenus dans cette cavité de se répandre dans le péritoine, lorsqu'on fait la section ou le morcellement de l'utérus.

Nous savons, d'autre part, que, dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, la cavité utérine acquiert parfois de grandes dimensions au point qu'il serait difficile de pouvoir l'atteindre par le curetage dans toutes ses anfractuosités. On s'exposerait donc, dans des cas semblables, à ce que les germes de la cavité utérine puissent se répandre dans le péritoine lors du morcellement utérin.

Aussi sommes-nous d'avis que toutes les fois que la cavité utérine sera de petite dimension et qu'on sera certain de l'atteindre dans tous ses replis, l'on pourra, quel que soit le volume de la tumeur, faire sans danger l'hystérectomie vaginale qui restera l'opération de choix dans les petits et les moyens fibromes à cavité utérine peu étendue. Mais dès que la cavité utérine sera devenue trop étendue ou trop anfractueuse pour être préalablement curetée, c'est l'hystérectomie abdominale totale qu'il faudra faire sans morcellement.

Deux méthodes sont généralement suivies pour pratiquer l'hystérectomie abdominale ; toutes deux sectionnent l'utérus transversalement le plus près du col au cours de l'opération, afin de créer un pédicule. Dans l'une, ce pédicule est rentré dans le ventre à l'instar d'un pédicule de kyste ovarique ; dans l'autre, il est extériorisé et fixé aux parois de l'abdomen. On peut dire que ces deux méthodes rivales ont chacune leurs inconvénients, si bien que l'hystérectomie abdominale est encore restée jusqu'à présent la plus dangereuse des opérations abdominales. C'est souvent à la suite de ces opérations qu'on a vu des malades succomber dans la même journée aux suites de cet accident qu'on est convenu d'appeler le *schock opératoire*, bien qu'on n'ait pas eu à mentionner de grave hémorrhagie. Nous croyons peu, pour notre part, à ces accidents de *schock opératoire* et nous pensons

plutôt que, lorsqu'il se produit, il dissimule à l'insu du chirurgien quelques cas de septicémie grave et tellement rapide que le poison tue avant de créer des lésions visibles à l'autopsie.

Nous pensons que la gravité que conserve encore l'hystérectomie abdominale est due à la technique même de l'opération ; c'est-à-dire à la section qu'on est obligé de pratiquer à travers la tumeur pour faire un pédicule. Si minutieuses que soient les précautions employées par le chirurgien, il est difficile qu'au moment où se détache sous le couteau la presque totalité de la tumeur, des germes septiques contenus dans la cavité cervicale ou utérine ne s'échappent pas pour venir souiller les anses intestinales avant qu'on ait pu faire la cautérisation du moignon. Le danger devient plus grand encore dans la méthode du pédicule interne, quand ce pédicule insuffisamment antiseptisé est rentré dans le ventre.

Puisque le danger de l'hystérectomie abdominale semblait venir du pédicule, il était rationnel que les chirurgiens pensassent à supprimer le pédicule qu'ils regardaient comme la cause du danger pour choisir le procédé nouveau généralement adopté de l'hystérectomie totale, mais à la condition d'éviter l'infection due à la section de la cavité utérine.

Trois procédés sont actuellement mis en usage pour faire cette opération :

1° Dans l'un, préconisé par notre maître le Dr Péan, et appelé procédé mixte abdomino-vaginal, on attaque d'abord la tumeur par le ventre ; on en résèque la plus grosse partie comme dans les procédés anciens de l'hystérectomie abdominale avec pédicule ; puis, après avoir placé une ligature sur le pédicule et refermé le ventre, on extrait le moignon par la voie vaginale comme s'il s'agissait de faire une hystérectomie vaginale.

Or, sans parler des cas dans lesquels la partie supérieure des ligaments larges incomplètement serrée dérape de la ligature du moignon au moment de l'extraction vaginale, ce procédé conserve les dangers septiques de l'hystérectomie abdominale ancienne avec pédicule momentanément rentré dans le ventre. Elle peut en avoir les mêmes dangers au point de vue de la contamination du péritoine par les germes septiques de la cavité utérine.

2° C'est pour cette raison que nous préférons employer le procédé inverse, qui a du reste été indiqué par le Dr Chaput et que

nous avons mis en pratique dans notre cas particulier, en lui apportant les modifications antiseptiques du curettage préalable et de la cautérisation de la cavité utérine.

Après avoir fait ce curettage et cette cautérisation préalable, nous avons, pour plus de sécurité, suturé complètement au contact les lèvres du col ; puis, après avoir ouvert les culs-de-sac vaginaux comme au début d'une hystérectomie vaginale, après avoir facilement décollé la vessie, nous avons placé une longue et forte pince à demeure sur la moitié inférieure des ligaments larges que nous avons sectionnés au ras de la pince. Ouvrant alors le ventre, nous pûmes facilement attirer la tumeur qui ne tenait plus au bassin par ses attaches inférieures ; et, après avoir placé une pince par le ventre sur la partie supérieure de chaque ligament large que nous avons sectionné en dehors des annexes, nous pûmes enlever par le ventre avec la plus grande facilité la tumeur totale avec l'utérus d'un seul morceau, y compris le col utérin attaché à elle. — Il a suffi de mettre une ligature à la soie sur la partie supérieure des ligaments larges avant de fermer le ventre, puis de placer par le vagin les pansements habituels de l'hystérectomie vaginale.

Les suites de cette opération complexe ont été excellentes et la malade s'est promptement rétablie sans présenter le moindre incident.

Ce procédé mixte d'hystérectomie totale vagino-abdominale, qui permet d'enlever la tumeur avec l'utérus entier d'une seule pièce sans morcellement préalable et sans ouvrir la cavité utérine, représente pour l'avenir une technique excellente de l'hystérectomie totale.

Malheureusement cette méthode ne peut se généraliser dans tous les cas. Il faut, pour qu'elle soit applicable, que le col utérin soit encore accessible par le vagin, ou que, s'il est déjà remonté derrière la symphyse pubienne par l'ascension de la tumeur dans le ventre, il soit suffisamment abaissable pour qu'on puisse le désinsérer de ses attaches vaginales. Or, il est des cas où ces conditions ne sont pas réalisables.

3<sup>e</sup> C'est alors au troisième procédé d'hystérectomie qu'il faut s'adresser, à celui qui consiste à enlever l'utérus en entier exclusivement par le ventre. Dans ce procédé, le décollement de la

vessie et des uretères fait par le ventre devient parfois un temps difficile et délicat de l'opération. Mais, quelle que soit la technique employée pour désinsérer le col utérin de ses attaches vaginales, et pour faire la ligature de la partie inférieure des ligaments larges, il est absolument indispensable d'enlever la tumeur d'une seule pièce sans la couper préalablement, dans le but d'enlever ensuite avec plus de facilité le moignon du col. Il faut proscrire toute section, car, dans ces grosses tumeurs, il est impossible d'antiseptiser préalablement toute la cavité utérine. L'on s'aidera donc avec avantage dans ces cas, vu le volume parfois considérable de la tumeur, de la position renversée de Trendelenbourg, ou bien de l'appareil à suspension de Reverdin, pour faciliter la libération de la tumeur et son extraction.

**Discussion :** M. PICHEVIN.—Je demande à M. Nitot les raisons qui l'on décidé à enlever par la voie vagino-abdominale le fibrome qu'il nous présente. Cette tumeur aurait pu être extraite aisément par la voie vaginale. On peut même dire que c'est un cas type qui aurait dû servir à montrer les avantages de l'hystérectomie vaginale avec morcellement. M. Nitot admettra volontiers que l'hystérectomie vaginale était non seulement indiquée, mais qu'elle offrait les chances les plus sérieuses et les plus complètes de guérison.

Il est admis, en France, que cette opération, dans les cas de ce genre, donne d'excellents résultats.

Je ne vois donc pas les motifs qui ont déterminé notre collègue à préférer l'hystérectomie totale par la voie vagino-abdominale. L'opération n'a pas le mérite de la nouveauté : Est-il besoin de rappeler que Bardenheuer a préconisé, systématiquement, dès l'année 1881, l'hystérectomie totale par la voie vagino-abdominale dans le traitement des fibro-myomes utérins !

Il avait même obtenu 6 succès sur 7 cas.

Bold, Rouffart et Jacobs ont suivi une technique analogue à celle de Bardenheuer.

On peut enlever complètement l'utérus et les fibromes qu'il contient, soit en commençant l'opération par le vagin et en finissant par l'abdomen (hystérectomie vagino-abdominale), soit en suivant d'abord la voie abdominale pour terminer par la voie vaginale (hystérectomie abdomino-vaginale) (1), ou en se bornant à agir exclusivement par la cavité abdominale. Un aide fait bien quelques manœuvres du côté du vagin, mais l'opérateur lui-même termine l'hystérectomie sans qu'il lui soit nécessaire d'intervenir personnellement du côté du vagin (Hystérectomie abdominale type (2)).

L'hystérectomie abdominale totale envisagée dans son ensemble doit-elle supplanter l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe ou pédicule interne ? Je crois qu'on ne peut guère donner une réponse définitive à cette question.

Il y a longtemps qu'on a montré les inconvénients de la méthode extra-péritonéale et le parallèle entre cette méthode et l'hystérectomie abdominale avec pédicule intra-péritonéal a été fait à maintes reprises dans tous les pays. Je n'insisterai pas sur les avantages et les inconvénients des deux méthodes. Ce que l'on peut dire, c'est que la méthode intra-péritonéale de Schröder et le procédé préconisé par Czerny et Olshausen (ligature élastique perdue) n'avaient que très peu de partisans en France. Je ne connais guère que M. Richelot qui soit un adepte fervent de la méthode intra-péritonéale. Celle-ci était généralement considérée comme moins fidèle, plus dangereuse que le vieux procédé extra-péritonéal de Kœberlé avec les quelques modifications qui y ont été apportées.

La dernière statistique un peu complète a été publiée par Price en 1892 et donne les résultats approximatifs suivants : mortalité par la méthode extra-péritonéale, 17 à 18 % ; mortalité par la méthode intra-péritonéale, 38 à 39 %.

(1) Procédés Péan, Martin, Bouilly, Schwartz.

(2) Procédés de Chrobak, Mackenrodt, Martin, Polk, Freund, Doyen, etc.

Il ne faut pas ajouter une importance considérable à des statistiques qui portent sur les résultats d'un grand nombre de chirurgiens et de gynécologistes. Entre les mains de quelques opérateurs, l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe n'a jamais été infidèle. D'autre part, certains gynécologistes comme Zweifel en Allemagne et Richelot en France, ne sont guère disposés à abandonner la méthode intra-péritonéale qu'ils considèrent comme excellente.

Néanmoins on peut dire que l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe est généralement considérée comme étant moins grave que l'hystérectomie avec pédicule interne (1).

Que penser de l'hystérectomie abdominale totale ? Cette opération, que j'ai exécutée il y a deux ans à Necker dans un cas d'énorme fibrome, n'a pas encore conquis l'adhésion de la masse des chirurgiens français.

J'ai pu constater, au cours d'un voyage en Allemagne, que les gynécologistes, du moins le plus grand nombre, n'avaient pas adopté l'hystérectomie abdominale totale. Les uns la considèrent comme inutile, puisqu'ils obtiennent d'excellents résultats par les méthodes rivales, les autres la regardent comme dangereuse.

Cependant, quelle est la statistique de l'hystérectomie abdominale totale ? Le Moniet déclare que la mortalité opératoire est de 14 ou 15 %. Si ce chiffre était l'expression exacte de la vérité, il y aurait peut-être lieu d'adopter l'hystérectomie abdominale totale, de préférence aux hystérectomies abdominales partielles.

Mais de telles statistiques sont capables d'induire en erreur. Combien d'insuccès ne figurent pas sur ces listes ? Si l'on prend la statistique de Martin, on sait que cet habile opérateur a eu 18 morts sur 97 hystérectomies abdominales

(1) Jé ne parle pas des méthodes mixtes et de mon procédé de volatilisation du pédicule externe suivie de suture immédiate secondaire.



totales (1). Cependant il faut signaler la série de Chrobak, qui a publié 20 cas consécutifs sans aucun décès (2).

Mais quel était le volume des tumeurs enlevées ?

En France, les fibromes petits et moyens sont justiciables de l'hystérectomie vaginale qui permet même d'enlever avec une grande sécurité, grâce au morcellement, des tumeurs de volume relativement considérable. L'hystérectomie abdominale totale n'est guère de mise que pour les fibromes volumineux arrivant près de l'ombilic et le dépassant. D'où une gravité qui résulte de ce fait.

En Allemagne et en Autriche, on ne fait guère l'hystérectomie vaginale pour fibrome un peu volumineux. Les statistiques étrangères portent donc sur des fibromes petits, moyens et gros. On comprend dès lors que la mortalité d'une opération applicable à des cas bénins et à des cas graves soit, somme toute, moins considérable que celle qui résulte des statistiques françaises.

M. NITOT. — Nous sommes d'accord, et je suis parfaitement d'avis que cet utérus aurait pu être enlevé par le vagin. Je n'ai fait cette opération que pour expérimenter une technique nouvelle. Toutefois, au dernier Congrès de chirurgie, M. Martin ne partageait pas l'opinion de M. Pichevin : il était partisan de l'hystérectomie totale.

Dans ma communication, ce que j'ai voulu faire ressortir, c'est que, quelle que soit l'opération, il faut curetter avec soin et cautériser la cavité utérine ; car le péritoine peut être contaminé au moment même où l'on sectionne l'utérus. Aussi,

(1) Il nous revient que la dernière statistique du célèbre gynécologue berlinois, depuis les derniers perfectionnements apportés à sa méthode, porte sur 26 cas et qu'il a eu 25 guérisons. Il s'agit d'une dernière série.

(2) Pour montrer combien cette question est peu résolue, nous citerons le fait suivant :

Chrobak, malgré sa merveilleuse statistique, a modifié son procédé d'hystérectomie abdominale totale. Il laisse maintenant une portion du col. En somme, il tend à revenir à l'amputation supra-vaginale perfectionnée qui lui a du reste donné des résultats parfaits.

lorsque la cavité utérine est trop vaste, on doit enlever d'un seul bloc toute la masse, sans la morceler.

M. PICHEVIN. — M. Nitot reconnaît qu'il a pu enlever la tumeur par la voie vaginale et que l'hystérectomie vaginale est bénigne. Il ajoute qu'il a voulu essayer de mettre en pratique une opération relativement nouvelle.

L'hystérectomie vaginale, du moins à mon sens, aurait fait courir moins de risques opératoires à la patiente. J'ajouterai qu'il est inutile de faire une cicatrice abdominale qui rend possible une éventration fatale, alors qu'on peut tout enlever par la voie vaginale.

M. Nitot commet, je crois, une erreur en disant que l'hystérectomie abdominale totale n'est pas plus grave dans les cas de gros fibromes dépassant l'ombilic que dans les cas de petits et de moyens fibromes. Le volume de la tumeur a une importance au point de vue des suites opératoires. L'hystérectomie abdominale totale devient mal aisée et est semée d'écueils (1) quand on est en présence de ces énormes fibromes qui emplissent la cavité abdominale, dédoublent les ligaments larges, rendent difficile l'exploration des culs-de-sac vaginaux, etc.

Je ne repousse pas cette opération, mais je ne la crois pas aussi bénigne que M. Nitot paraît l'admettre dans les cas où elle me semble indiquée, c'est-à-dire dans les cas où il faut renoncer à l'hystérectomie vaginale à cause des dimensions de la tumeur.

Notre collègue insiste sur la désinfection de la cavité utérine. Il paraît admettre que les dangers de l'hystérectomie abdominale totale sont singulièrement diminués quand on a pris soin de faire au préalable l'antisepsie de la cavité utérine.

Est-il besoin de dire que les gynécologistes modernes qui

(1) Chrobak insiste sur la différence et la longueur de l'opération. C'est ce qui l'a déterminé à recourir maintenant à un procédé perfectionné d'hystérectomie supra-vaginale.

ont préconisé l'hystérectomie abdominale totale n'ont pas négligé cette précaution ? Chrobak, entre autres, insiste sur la nécessité de bien nettoyer le col et de mettre dans sa cavité une gaze iodoformée. Bien d'autres gynécologues ont pris des mesures analogues pour désinfecter la cavité utérine considérée comme un foyer de germes pathogènes. Cependant, je me permets de vous signaler, à titre de curiosité, les recherches bactériologiques de Koenig, brillant assistant de la clinique gynécologique de Leipzig, qui admet que les micro-organismes contenus dans la cavité utérine ne sont que très rarement septiques. Le P<sup>r</sup> Zweifel pense que l'infection ne part qu'exceptionnellement de la cavité utérine. Quoi qu'il en soit de cette opinion, il est certain que les gynécologues qui ont été dans la nécessité de faire passer un col utérin à travers la cavité abdominale ont pris soin, comme M. Nitot, de désinfecter aussi bien que possible le segment inférieur de la matrice et d'éviter la chute des matières et des liquides septiques dans le péritoine.

M. NITOT. — **Une nouvelle valve opératoire.** — Le 11 avril 1889, j'avais l'honneur de présenter à la Société de Médecine pratique de Paris, un nouveau spéculum que je désignais sous le nom de « *valves automatiques indépendantes à manche tubulé* ». Cet appareil était destiné à remplacer les différents systèmes qui ont été présentés tour à tour dans le but de fixer automatiquement sans l'assistance d'aucun aide les valves ordinaires de Sims, tout en laissant au chirurgien les deux mains libres afin de lui permettre de pratiquer dans son cabinet les pansements intra-utérins qu'il juge nécessaires.

Nous connaissons trop aujourd'hui les avantages de l'examen gynécologique au moyen des valves de Sims sur les autres spéculums pour ne pas les apprécier à leur juste valeur. Mais leur emploi nécessite un aide ; c'est précisément cet aide parfois gênant que j'ai cherché à supprimer et que j'ai remplacé par un système de traction douce, élastique et constante que j'ai obtenu.



Figure 1.  
*Valve d'examen.*

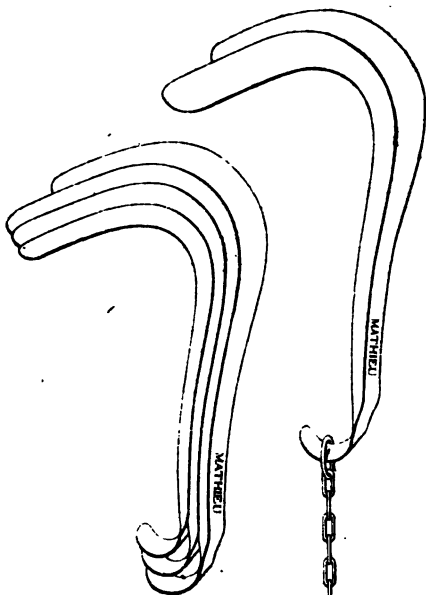


Figure 2.  
*Valve opératoire.*

nue au moyen d'un poids indépendant d'un kilogramme qu'il suffit d'accrocher au manche de la valve périnéale. La traction de la valve supérieure s'effectue au moyen d'un poids curseur qui manœuvre le long d'une tige verticale fixée à la table d'examen et ayant à son sommet la forme d'une potence arrondie.

J'avais créé deux types de valves :

1° Les unes, plus longues, ne devant servir qu'aux examens et aux pansements gynécologiques; ce sont elles qui constituent à proprement parler l'appareil nouveau que j'avais présenté ;

2° Les autres, plus courtes, spécialement destinées aux opérations gynécologiques qui nécessitent l'abaissement du col utérin.

Mais toutes deux étaient construites sur le même type ayant un manche tubulé permettant l'écoulement des liquides de lavage jusque dans un seau à travers un tuyau de caoutchouc qu'on fixait à ce manche; ayant surtout une même courbure et un même angle géométriquement déterminé, de sorte que le point d'attache du poids tracteur correspondait exactement à la résultante de traction de tous les points d'application de la surface de la valve. Cette construction mathématique était indispensable pour assurer le fonctionnement et le maintien en place de la valve périnéale.

Depuis cinq ans qu'elles me servent dans ma pratique, je n'ai jamais eu besoin de modifier la forme antérieure des valves longues ou valves d'examen dont il existe pour les besoins trois largeurs différentes.

Il n'en a pas été de même des valves courtes que j'appelle opératoires, et c'est une modification perfectionnée du type primitif que j'ai créé que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

La courbure et l'angle de la nouvelle valve n'ont pas changé, car cette courbure et cet angle sont indispensables pour que son application soit parfaite. J'ai seulement modifié les oreilles de cette valve qui permettent d'obtenir ainsi un écartement plus grand de la vulve sans toutefois devenir gênantes pour le travail des mains agissant dans la profondeur du vagin comme elles le seraient au cas où elles prendraient plus de développement. Le manche tubulé a été transformé en une gouttière d'un nettoyage plus facile. L'embout inférieur destiné à recevoir un tube de caoutchouc a été supprimé, car si ce perfectionnement est utile dans les valves d'examen pour que les liquides de lavage ne viennent pas souiller les vêtements de la malade, ce détail n'a plus de raison d'être quand il s'agit d'une opération. Enfin, le crochet inférieur qui était destiné à supporter le poids a été agrandi de manière à pouvoir servir à appuyer la main d'un aide au cas où l'on désirerait supprimer le poids tracteur.

Cette nouvelle valve opératoire dont le but est de supprimer un aide inutile, ou de soulager celui qui peut être employé plus intelligemment, a été faite de trois grandeurs qui s'embottent les unes dans les autres et qu'on utilise suivant la largeur du vagin. La grandeur moyenne est la plus employée.

Le poids tracteur est et doit rester indépendant de la valve pour cette raison qu'on peut l'employer ou ne pas s'en servir, mais aussi parce qu'ainsi disposé il vient s'accrocher exactement au point précis qui est nécessaire pour assurer l'adaption parfaite et continue de la valve périnéale. Car si ce point venait à être déplacé, la valve ne représentant plus la figure géométrique sur laquelle elle a été construite ne tiendrait plus en place et glisserait bien vite hors du vagin à moins que par un artifice on ne cherchât à remédier à ce défaut en accentuant l'angle de la valve. Le poids tracteur était primitivement d'un kilogramme. J'ai reconnu dans la pratique qu'il était quelquefois utile de l'augmenter ou de le diminuer de 200 grammes. Le poids dont je me sers aujourd'hui est un poids décomposable qui pèse 1.300 grammes et qu'on peut, suivant chaque cas particulier, réduire de 200, 400, 600 grammes, en enlevant séance tenante une, deux ou trois rondelles mobiles.

Si à l'occasion des modifications que j'ai apportées à ma valve opératoire, j'ai tenu à vous rappeler mes premières recherches, c'est que depuis 1889, époque à laquelle j'avais établi le principe de la traction douce, constante et élastique au moyen d'un poids accroché au manche d'une valve périnéale à courbure spécialement définie, d'autres modèles ont été construits sur le même principe, et comme ces modèles vous sont peut-être plus connus que le mien, je ne voudrais pas que vous puissiez croire que je les aie copiés ou modifiés alors que j'ai été le premier à les imaginer.

Je veux parler d'une valve construite à l'étranger dans laquelle le poids tracteur est remplacé par le seau destiné à recevoir les liquides au cours de l'opération ; et aussi de la *valve périnéale pesante* de notre confrère le Dr Auvard qui a également servi au

D<sup>r</sup> Olivier dans la construction de son appareil destiné au curetage utérin. C'est dans le manche même de l'instrument que notre confrère a fait placer le poids tracteur ; mais le volume de ce poids ainsi situé déforme l'angle géométrique de la valve, si bien que pour empêcher cette valve de glisser hors du vagin, le fabricant a dû en augmenter la longueur primitive de 2 à 3 centimètres, mais surtout en augmenter l'angle de courbure. La valve doit pour tenir en place être enfoncée à fond, et dans ces conditions le col utérin devient moins facilement abaissable et surtout moins facilement accessible dans les opérations plastiques qu'on a l'habitude de pratiquer sur cet organe.

**Discussion :** M. OLIVIER. — Tous ceux qui font de la gynécologie connaissent la valve de M. Nitot. Mais l'appareil instrumental paraissant bien compliqué, M. Auvard a été amené à y apporter des modifications, et je dois dire, à l'encontre de M. Nitot, que la valve de M. Auvard, entre mes mains, n'est jamais tombée ; on peut amener le col à la vulve, sans qu'elle bouge.

D'ailleurs, je l'ai moi-même modifiée et, dans mon système, la valve inférieure est reliée à la supérieure, laquelle est fixée à l'utérus. Comme conclusion, j'ajouterai que rien ne vaut de bons aides : voilà ce qu'il faut dire franchement.

M. DOLÉRIS. — Lorsque M. Olivier vous a présenté ses valves, il y a deux ans, j'ai porté un jugement sévère et je persiste dans mon opinion. On compte en quantité de ces sortes d'instruments dans l'arsenal gynécologique. Si l'on s'en sert, au début de sa pratique, on finit bientôt par les abandonner tous ; et l'on en arrive toujours à adopter les aides, qui sont une sécurité. D'ailleurs, il faut changer à chaque instant la direction de cette valve, soit pour faire une suture, soit pour pratiquer l'hémostase.

**M. NITOT.** — Les aides sont nécessaires, mais je pense qu'ils peuvent servir à autre chose qu'à tenir une valve.

Je ferai remarquer à **M. Olivier** qu'il parle du second modèle plus coudé de la seconde valve de **M. Auvard**: la première ne tenait pas.

---



## SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

*Séance du 13 décembre 1894.*

Présidence de M. BUDIN.

*Sommaire.* — Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

*Correspondance imprimée.* — Journaux français et étrangers.

*Communications.* — M. BRINDEAU : Deux observations de diverticule de MECKEL. — *Discussion* : M. BUDIN. — M. P. PETIT : Hystérectomie abdominale avec pédicule perdu, à la soie. — M. LUTAUD : Rapport sur les mémoires à l'appui des candidatures de MM. DUDLEY et HARRIS au titre de membres correspondants étrangers. — M. DUDLEY : Nouvelle opération pour le prolapsus utérin. — M. PATERSON : Méthode pour exécuter la dilatation manuelle rapide du col de l'utérus. — M. BAR : Contribution à l'étude de la symphyséotomie. *Discussion* : MM. GUÉNIOT, BUDIN, BAR. — M. VILLEMEN : Observation d'un enfant âgé de 2 ans, né au 5<sup>e</sup> mois de la grossesse. *Discussion* : MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT, MAYGRIER, BUDIN, LUTAUD. — M. PETIT : 188 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endométrium. — M. MAYGRIER : Rapport sur la candidature de M. LUGOL. — M. PICHEVIN : Résultats éloignés du traitement de la rétroflexion par la colpo-hystéropexie.

M. BRINDEAU. — **Deux observations de diverticule de Meckel** (prises dans le service de M. BUDIN, à la Charité). — 1<sup>er</sup> cas. — Enfant né à 8 mois 1/2 pesant 2400 grammes, aucun antécédent de maladie infectieuse chez la mère.

La grossesse a été très bonne.

Cet enfant meurt 10 jours après sa naissance de faiblesse congénitale.

A l'autopsie on trouve un diverticule siégeant à 25 centimètres environ au-dessus du cœcum et flottant librement dans la cavité abdominale.

Ce diverticule a 3 centimètres de long. Son calibre est à peu de chose près celui de l'intestin.

Il est dirigé obliquement de haut en bas. Son extrémité libre est irrégulière et se termine par deux petits culs-de-sac séparés.

L'extrémité adhérente se continue à plein canal avec l'intestin.

2<sup>e</sup> cas. — Pièce provenant d'un nouveau-né venu à 8 mois.

Il n'existe aucun antécédent chez la mère. La grossesse a été excellente.

L'accouchement a eu lieu le 11 novembre à 2 heures du soir. A ce moment on vient nous prévenir que l'enfant perdait abondamment son méconium. Nous auscultons les bruits du cœur que nous trouvons réguliers et bien marqués. La femme pousse émergeusement et expulse en quelques contractions un enfant de 1800 grammes bien conformé.

On veut alors lier le cordon et l'on remarque immédiatement qu'il présente une fistule stercorale. Cette fistule est située à 7 centimètres de l'anneau ombilical. Son calibre peut laisser pénétrer une sonde de femme. L'orifice est bordé par une collerette muqueuse formée par la muqueuse intestinale. Le cordon est un peu gros et présente quelques diverticules contenant de la gélatine de Wharton. On procède à la ligature du cordon à 2 cent. au-dessus de la fistule. On remarque alors que le méconium sort abondamment par la fistule. Le cathétérisme rectal est pratiqué avec une sonde en gomme, on pénètre facilement.

L'enfant surveillé avec soin perd tout son méconium par la fistule dans la journée. L'anus n'évacue que quelques traces de ce produit.

Le lendemain le méconium est remplacé par des garde-robes jaunes bien liées. Le nouveau-né rend très peu de matières par l'anus.

Le 3<sup>e</sup> jour le cordon commence à se flétrir, la muqueuse de la fistule saigne facilement. Le 4<sup>e</sup> jour il meurt dans la journée. L'enfant avait perdu 300 grammes de son poids pendant ces 4 jours.

A l'autopsie on trouve que le cordon n'est pas encore tombé et la hernie est encore recouverte par son enveloppe amniotique. On ouvre l'abdomen en ayant soin de contourner l'ombilic.

L'intestin grêle est modérément distendu par les matières et les gaz, le gros intestin fortement rétracté. Les deux bouts d'intestin qui se rendent à l'ombilic sont formés par l'intestin grêle.

Le bout supérieur est distendu, le bout inférieur rétracté. Au niveau de l'anneau ombilical ils sont adossés en canon de fusil.

En disséquant la pièce voici ce que l'on constate :

La fistule siège à 22 cent. environ au-dessus du cœcum.

Elle est formée par un diverticule intestinal qui s'ouvrait dans

la cavité de l'œuf. Ce diverticule a 8 millim. de long sur 5 millim. de large. Son extrémité libre est bordée par une collerette de muqueuse intestinale.

Cette fistule produisait à peu près le mécanisme d'un anus contre nature. Les deux bouts de l'intestin étant adossés en canon de fusil pénétraient dans l'anneau. Le bout supérieur se continuait directement avec le diverticule et le bout inférieur était comprimé par le bout supérieur, ce qui expliquait que la presque totalité des matières s'écoulait par le diverticule.

Cette dernière observation est intéressante à plusieurs points de vue.

1° Par son mode de production.

Toutes les fistules stercorales qui ont été signalées chez le nouveau-né se sont produites après la chute du cordon soit que la ligature ait été posée sur le diverticule, soit simplement parce que le cordon en se détachant ait mis ce diverticule à nu.

Dans ce cas, la fistule était antérieure à l'accouchement puisqu'elle se déversait dans le liquide amniotique.

2° Par sa constitution.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion actuellement admise que les fistules stercorales ombilicales des nouveau-nés sont toujours produites par le diverticulum de Meckel et non pas par une anse intestinale herniée.

3° Par la conduite à tenir.

Faut-il opérer immédiatement ?

La question est bien délicate, croyons-nous, au moins dans notre cas.

Quand la fistule ne laisse écouler que des mucosités ou très peu de matière on peut attendre sans danger que l'enfant soit assez développé pour résister à l'opération.

Mais quand la presque totalité des matières ressort par la fistule comme dans notre cas, il y a un grand bout d'intestin grêle et tout le gros intestin qui sont supprimés.

Nous croyons cependant qu'il vaudra mieux attendre que le nouveau-né ait atteint le poids d'un enfant à terme avant de l'opérer.

**Discussion :** M. BUDIN. — L'observation est surtout intéressante au point de vue du traitement. Cependant dans le

cas présent l'enfant était trop chétif pour qu'on pût espérer un résultat satisfaisant ; c'est pourquoi on n'est pas intervenu.

**M. le Dr PAUL PETIT. — Hystérectomie abdominale avec pédicule perdu, à la soie; présentation des pièces.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société un type de ces fibromes à évolution abdominale, tout entiers développés au-dessus de l'aire supérieure du petit bassin et uniquement aux dépens du corps de l'utérus. La tumeur que voici est unilobée, s'élevait un peu au-dessus de l'ombilic, et se présente à la façon d'une hypertrophie énorme de la paroi antérieure du corps de l'organe.

Les fibromes de cette catégorie, par suite de l'étirement du segment sus-vaginal du col, sont très mobiles dans le ventre et, du fait de cette mobilité même, jointe à la pelvi-péritonite aseptique qui en résulte, font beaucoup souffrir les malades. C'était le cas de la mienne et c'est l'unique raison pour laquelle je l'ai opérée. Comme on ne pouvait rapporter les douleurs ni à des phénomènes d'enclavement, ni à des lésions annexielles, je pensai qu'il existait des brides péritonéales et que ces brides, vu la mobilité de la tumeur, ne la reliaient guère qu'à l'intestin. La laparotomie m'a donné raison : il existait plusieurs brides, dont l'une très résistante et très épaisse, entre le pôle inférieur du fibrome et des anses d'intestin grêle.

Comme procédé opératoire, je devais donner la préférence à *l'hystérectomie abdominale avec pédicule perdu* : en effet, étant donné le volume et surtout la situation de la tumeur, l'hystérectomie vaginale n'était pas de mise. D'autre part, comme le moignon pouvait être suffisamment réduit, comme la cavité utérine ne semblait pas infectée, je n'avais lieu de recourir, ni à la *pédiculisation externe*, ni à *l'hystérectomie en deux temps, abdomino-vaginale* et pas davantage à *l'hystérectomie totale abdominale*.

Restait à choisir entre les divers procédés de *pédiculisation interne*. Le procédé de choix est celui qui doit assurer l'hémostasie, prévenir le mieux l'infection et s'exécuter le plus rapidement. Or sans discuter, à ce triple point de vue, les trop nombreux procédés en cours, je ferai simplement observer que le lien élastique, dont on disait naguère tant de bien, donne trop souvent

lieu à l'infection secondaire et que les procédés qui visent à recouvrir le pédicule de lambeaux péritonéaux, préalablement détachés, pèchent un peu par leur complication.

J'avais projeté, dans le cas actuel, de recourir à un procédé dont on parle peu en France, bien qu'il vienne de Russie, le procédé de Slavjanski, de Saint-Pétersbourg. Ce procédé m'avait vivement frappé par les garanties qu'il présente, sa simplicité et l'excellence des résultats annoncés à divers reprises par son auteur, notamment au dernier Congrès de Lyon. Voici en deux mots en quoi il consiste :

Après avoir attiré la tumeur hors du ventre et sectionné les ligaments larges, Slavjanski enserre le pédicule dans un lien élastique, sectionne au-dessus, remplace les pinces placées sur les ligaments par des ligatures en chaîne, puis, la ligature élastique, par des ligatures à la soie placées d'une façon spéciale. Un premier fil est passé à droite ou à gauche, à travers le moignon, à 1 cent. 1/2 environ de sa surface, d'avant en arrière et à peu de distance de la cavité utérine ; on serre ce fil latéralement et dans le plan horizontal. Un second fil est placé et serré symétriquement, puis l'on retire le lien élastique. Si le moignon saigne encore, on place deux autres fils, l'un en avant de la cavité utérine, l'autre en arrière, qui croisent les deux premiers à angle droit. Puis, après avoir cautérisé la surface du moignon et la cavité utérine, l'opérateur, armé d'un long stylet aiguillé, passe une mèche de gaze iodoformée de l'abdomen vers le vagin et à la rencontre du tampon vaginal, par le canal utérin resté libre. Le but de Slavjansky est, tout à la fois, d'assurer l'hémostase et le drainage des sécrétions utérines : il paraît bien y arriver, puis-que sa statistique est à peu près vierge.

J'ai fidèlement suivi son procédé jusqu'au passage de la mèche, mais j'ai été empêché d'accomplir ce dernier temps par une atrophie complète de la cavité cervicale, due à des cautérisations antérieures. Ce que voyant, j'ai fermée la surface cruentée du moignon par des points séparés à la soie, à la façon de Zweifel. Je crois même qu'on pourrait toujours utilement compléter l'opération de Slavjanski par cette suture, en faisant en sorte que la mèche de gaze affleure l'orifice abdominal de la cavité utérine au lieu de s'étaler à la surface du moignon, comme le conseille l'auteur.

Au moment où je serrais mes ligatures latérales, les ligaments larges s'étant un peu déchirés dans l'angle inférieur de section, je me contentai, étant donné que le drainage du moignon était impossible, de passer un fil double au travers de celui-ci, comme au travers d'un pédicule du kyste ovarien, en prenant cependant la précaution d'éviter la cavité utérine, de telle sorte que l'anse d'un côté enserrait une épaisseur de tissu plus considérable que l'anse opposée. Mais, en principe, je crois l'opération de Slavjanski excellente et je suis tout disposé à y recourir en la combinant ou non à la suture de Zweifel.

Ma malade a guéri sans aucun incident.

**Nouvelle opération pour le prolapsus utérin**, par le docteur DUDLEY, professeur de gynécologie, au Northwestern University medical school, Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc, Chicago. — Le traitement chirurgical de ce déplacement ne peut pas être étudié d'une manière compréhensible, si on n'observe pas attentivement le mécanisme de la lésion qui est celui de la hernie. La masse prolabée est suivie du sac péritonéal, qui, comme la hernie, contient le petit intestin. Le sac essaye de frayer sa route jusqu'à l'ouverture pelvienne à travers un canal déterminé; puis est expulsé à travers la vulve ayant le vagin retourné comme couverture.

C'est essentiellement une descente herniaire de la voûte pelvienne. L'utérus est si en rapport avec la voûte pelvienne, que la descente de l'un entraîne forcément la descente de l'autre.

Cette marche ne peut arriver qu'au cas où les relations normales de ces deux organes ont été dérangées.

I. — Quelles sont les relations normales de la voûte pelvienne et de l'utérus?

II. — Quels sont les déplacements qui peuvent occasionner la descente de l'utérus?

III. — Quel est le traitement chirurgical?

I. — Une idée assez commune sur les relations des organes pelviens pré suppose une dilatation de la vessie et du rectum, à un tel point que ces organes remplissent les tiers antérieur et postérieur du pelvis. Un tel cas ne laisserait à l'utérus que la partie du milieu ou le dernier tiers du bassin, le col (?) de l'utérus

se trouverait à moitié chemin entre le pubis et la courbure du sacrum ; cette situation constituerait un état qui se rencontre rarement ou jamais chez une personne en bonne santé.

Ce fait peut être démontré comme il suit :

Supposons une ligne droite partant de la paroi vésico-vaginale (figure 1), et se continuant jusqu'au sacrum, en passant à travers

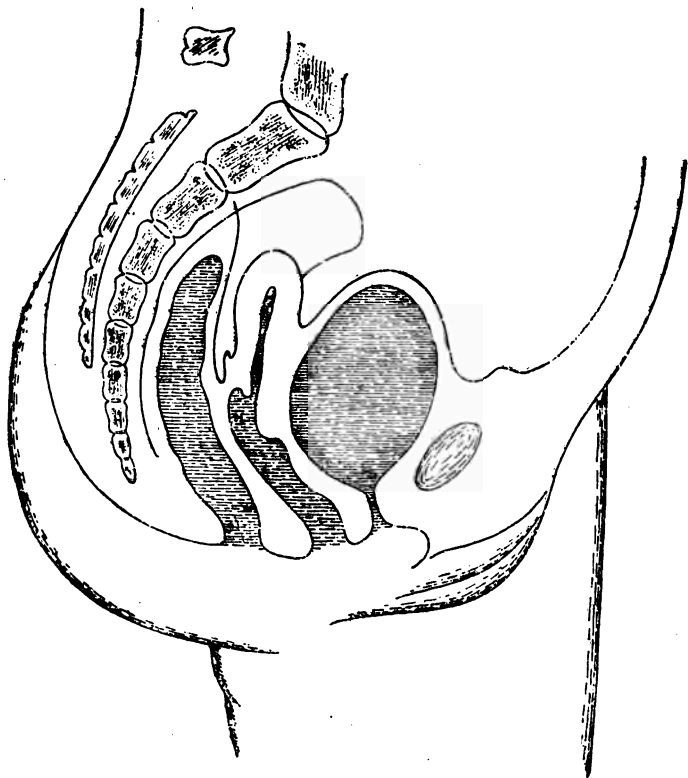


Fig. 1.

le col utérin. Cette ligne représente approximativement le diamètre antéro-postérieur du bassin. La longueur de la paroi vésico-vaginale est d'environ six centimètres. Si nous supposons que le col se trouve juste à moitié chemin entre la symphyse et le sacrum, la distance de sa paroi postérieure au sacrum doit être aussi de six centimètres.

Ajoutons à la somme de ces deux parties du diamètre antéro-postérieur, deux centimètres et demi pour le col, et alors la dimension du diamètre antéro-postérieur du bassin se trouve portée à quinze centimètres, au lieu de la distance normale qui est d'environ onze centimètres. Ce qui prouve que le col doit se trouver bien plus près de la concavité du sacrum que de la symphyse.

Si la longueur de la paroi vésico-vaginale ajoutée au diamètre du col mesure huit centimètres et demi, il s'ensuit que la distance de la paroi postérieure du col au trou du sacrum doit être la différence entre onze centimètres et huit centimètres et demi, soit deux centimètres et demi. Les mesures plus haut sont presque exactes ou tout au moins suffisantes pour les besoins pratiques de la démonstration.

En admettant que la distance normale de la paroi postérieure du col utérin, depuis le creux sacré, soit d'environ deux centimètres et demi, il s'ensuit que l'extrémité supérieure du vagin, qui lui est attachée, doit aussi se trouver à deux centimètres et demi de la concavité du sacrum.

Et, en plus, comme l'extrémité la plus basse de ce diamètre est juste au-dessous de la symphyse pubienne, l'axe qui traverse le vagin dans sa longueur doit avoir la direction de la ligne C D de la figure 2.

Il est également certain que le col de l'utérus étant si près du creux du sacrum, cet organe ne peut pas facilement retourner en arrière dans une position rétrograde, car dans ce cas il serait arrêté par le sacrum formant voûte. Au contraire, il prend la direction où se trouve le moins de résistance, ce qu'indique sa position normale antérieure ; il a alors son grand axe dans la direction de la ligne A B (figure 2). Ici, un angle plus ou moins aigu entre l'axe de l'utérus et l'axe du vagin, entre comme un facteur essentiel dans les relations normales de la voûte pelvienne.

La position normale de l'utérus varie dans la limite de ses mouvements normaux, comme l'indiquent les lignes pointillées de la figure 2.

Par conséquent, cet angle doit varier du même degré. Ces déplacements varient avec la respiration, les forces intra-abdominales



et la locomotion, mais surtout suivant la quantité plus ou moins grande des matières contenues dans le rectum et la vessie.

II. — Dans un cas de prolapsus complet, les premiers change-

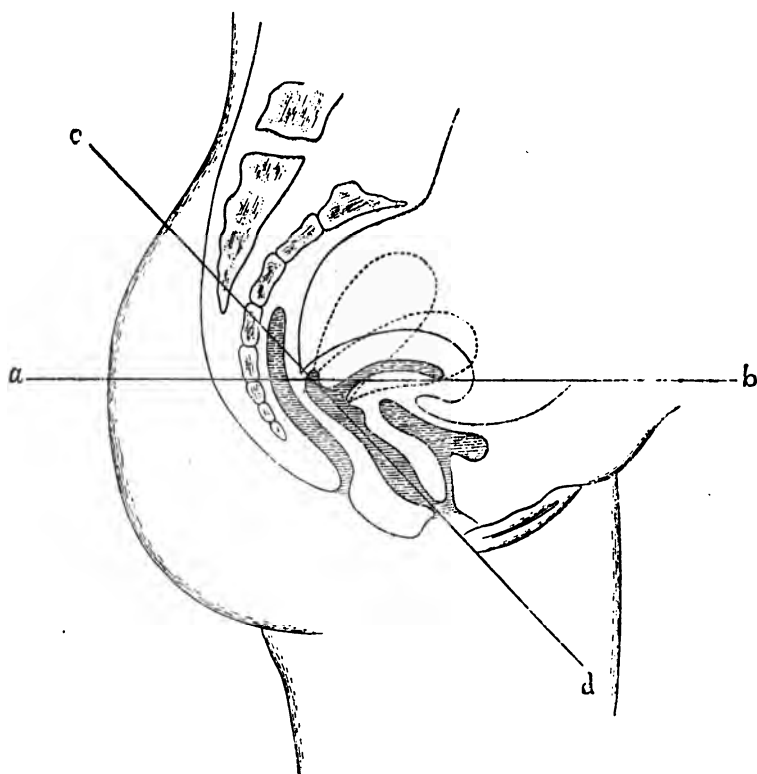


Figure 2. — Situation exacte des organes pelviens.

ments dans les relations de l'utérus et de la voûte pelvienne sont une déviation du col et de l'extrémité supérieure du vagin loin du rectum et vers le pubis. Dès lors, l'espace entre le col et le sacrum s'augmente comme pour faciliter la rétroversion et la direction du vagin, passe de l'oblique à une position verticale. Ces deux déviations tendent à supprimer l'angle que formeraient l'utérus et

le vagin, et à amener les axes de ces deux organes dans une même ligne, comme le montre la ligne *a. b.* (figure 3).

Ajoutez à ces conditions mécaniques, des changements anatomiques dans la voûte pelvienne comme en produirait le relâ-

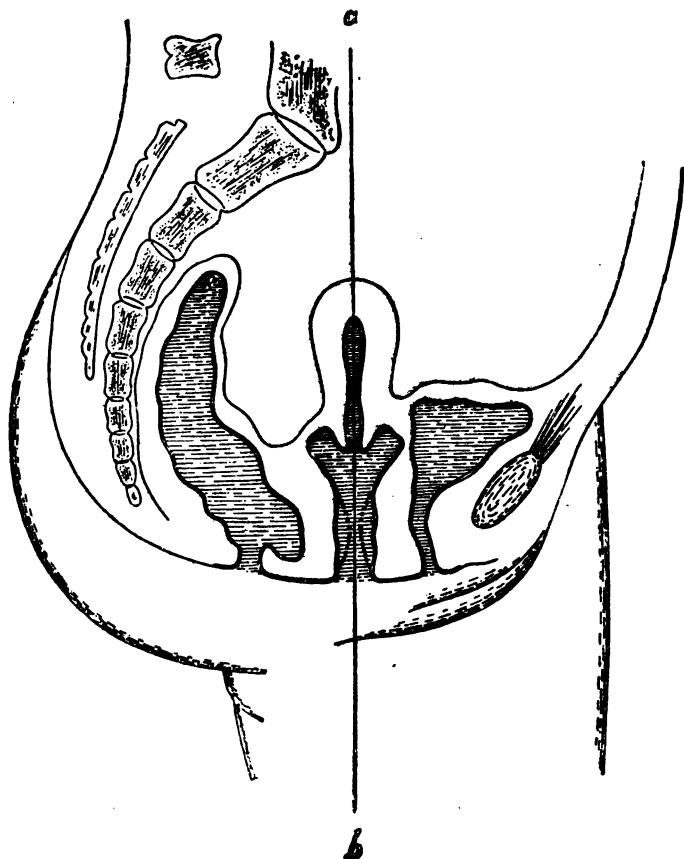


Figure 3.

chement nécessaire de sa structure ; et l'utérus descend rapidement et en ligne droite à travers le canal du vagin jusqu'à la formation d'un prolapsus complet indiqué dans la figure 4.

Le déplacement en arrière de la paroi vaginale existe dans ces

différents cas, par suite des complications et des déchirures du périnée.

C'est un élément important qui explique le changement de direction du vagin qui passe d'une position oblique à une position verticale. Cela sera considéré plus tard.

Une descente complète peut arriver par suite de circonstances autres que celles indiquées plus haut, mais cette description suffira pour les besoins présents.

III. — Les nombreuses opérations plastiques proposées pour remédier à la descente complète de l'utérus peuvent se diviser en deux classes : 1° Maintenir l'utérus suspendu en rétrécissant le

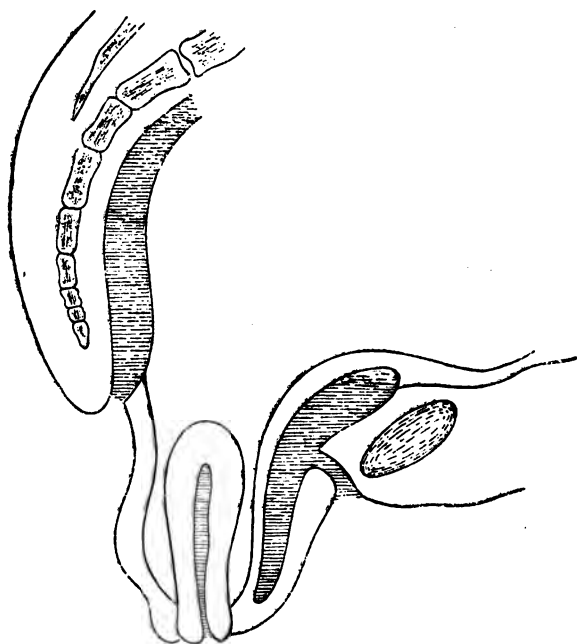


Figure 4.

vagin au point de ne pouvoir laisser passer l'organe, et par conséquent le maintenir quelque part au-dessus du vagin. Ces opérations consistent en général à enlever un fragment elliptique de la paroi antérieure ou postérieure du vagin : ou bien encore à avi-

ver et à juxtaposer les surfaces vaginales. Dans cette classe d'opération aucun effort n'est fait pour rétablir les axes normaux de l'utérus et du vagin. Le seul but est de rendre le vagin si étroit que l'utérus ne puisse pas le traverser.

2° Opérations pratiquées pour tenir l'utérus dans sa position normale en rétablissant l'angle formé par le long axe de l'utérus et le long axe du vagin. Dans cette opération, le vagin peut devenir plus étroit, mais c'est un incident plus regrettable que désirable.

Les opérations de la classe manquent généralement, parce qu'on ne rétablit pas l'angle normal du vagin et de l'utérus. Le vagin, resserré (comme l'indiquent les lignes pointillées de la figure 3), ne peut pas résister à la force descendante de l'utérus, qui presque toujours le dilate de nouveau, passe à travers le canal et la hernie se reproduit.

De plus, l'opération augmente le mal parce qu'elle raccourcit le vagin, et par suite éloigne le col, du sacrum vers le pubis, ce qui, comme je l'ai dit, est un élément essentiel pour la genèse de la descente.

La marche rationnelle est, d'abord, de fixer l'extrémité supérieure du vagin dans sa situation normale, à deux centimètres environ de la jointure de la deuxième et troisième vertèbre du sacrum, à l'endroit même où les ligaments utéro-sacrés le tiendraient si on pouvait leur restituer leur intégrité ; et ensuite il faut amener l'extrémité inférieure du vagin en avant, de façon à ce que sa paroi postérieure soit à côté du pubis. Ces opérations rétablissent l'obliquité normale du vagin, et tiennent le col si en arrière vers le sacrum que la direction de moindre résistance pour l'utérus doit être en avant dans sa position normale renversée d'équilibre mobile.

Il n'est peut-être pas trop de dire ici que l'élytrorrhaphie antérieure et l'opération sur la paroi postérieure de l'ouverture vaginale, comme l'a fait M. T. A. Emmet, donneront des résultats plus satisfaisants qu'aucun moyen chirurgical décrit jusqu'ici.

L'opération que je vais décrire est l'élytrorrhaphie latérale. Je l'ai pratiquée environ quinze fois ces trois dernières années, dans des cas où j'avais auparavant essayé l'opération sur la paroi antérieure, connue sous le nom d'*élytrorrhaphie antérieure d'Emmet*.

Voici comment on pratique cette opération :

On anesthésie la malade, on la place dans la position de Sims, et on excise le vagin à l'aide du spéculum de Sims dont la valve a été perforée à son extrémité. Avant d'introduire le spéculum, le col est attaché à l'extrémité de la valve à l'aide d'une suture momentanée qui est passée à travers la lèvre postérieure et la perforation de la valve. Ceci permet au chirurgien de ne pas se servir de l'éponge décrite par Emmet qui est employée pour repousser en arrière le col pendant qu'on pratique les premières sutures. Quand le col est ainsi tenu en arrière dans sa position

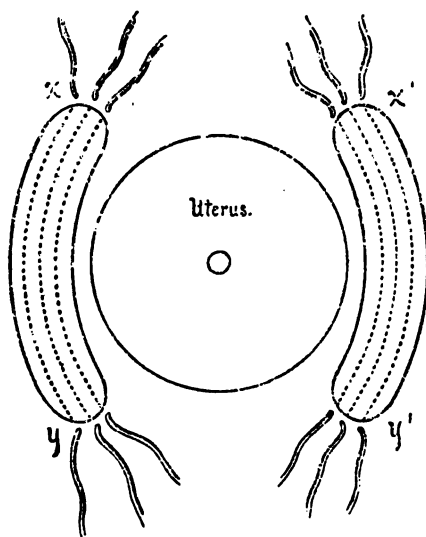


Figure 5.

normale par le spéculum, l'espace antérieur à l'utérus est si resserré que l'utérus tombe aussitôt en avant dans la position de l'antéversion.

L'opération doit donc être faite avec l'organe dans cette position. La première chose dans cette opération est elle-même d'aviver deux bandes circulaires  $xy$  et  $x'y'$ , dans la paroi vaginale voisine de l'utérus ; ces bandes doivent avoir environ un centimètre de chaque côté de l'utérus ; leur concavité doit être tournée vers le col, comme le montrent les figures 5 et 6.

La figure 6 est une section et montre l'avivement d'un côté du col.

Chaque surface dénudée est ainsi fermée sur elle-même à l'aide de sutures de fil de soie. Les figures 5 et 6 montrent les sutures avant d'être attachées.

La figure 7 (ab et c d) la figure 8 (a b) montrent là les lignes d'union quand les sutures ont été attachées.

Quand ces surfaces dénudées sont pliées sur elles-mêmes, leurs extrémités inférieures y et y' sont amenées en contact avec leurs extrémités supérieures æ et æ' (figure 5). De cette

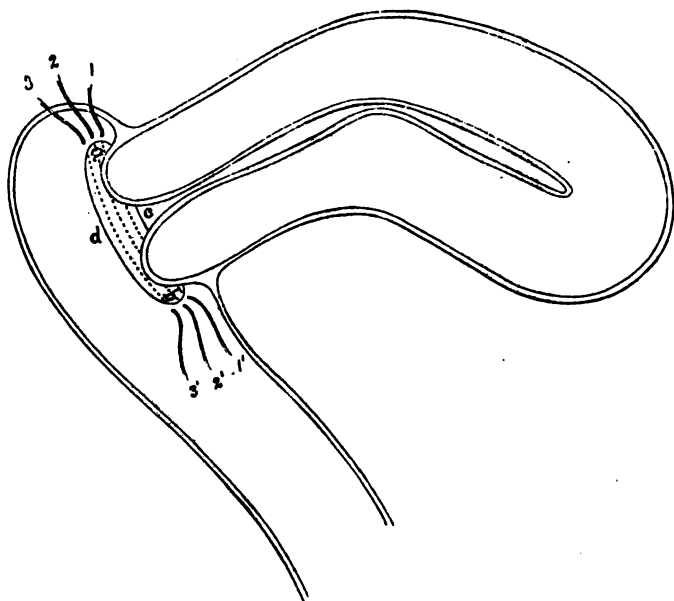


Figure 6.

façon le col est levé entièrement en l'air et en arrière.

Il faut ensuite aviver deux bandes d'un peu moins d'un centimètre, s'étendant du point B au point D (figure 7) et du point B au point C (figure 8) le long des parois latérales du vagin jusqu'à l'orifice vulvaire, et se terminant de chaque côté de l'urèthre. Les extrémités latérales de chacune de ces deux surfaces dénudées, amenées l'une contre l'autre par des sutures, ne passent pas

transversalement à travers la bande dénudée, mais obliquement (voir sutures 1—1', 2—2', 3—3' etc., figures 7 et 8). Un côté de chacune de ces bandes dénudées est adjoint à la paroi antérieure du vagin, et l'autre côté est adjoint à la paroi postérieure.

Quand on attache ces sutures obliques (figures 7 et 8), on peut

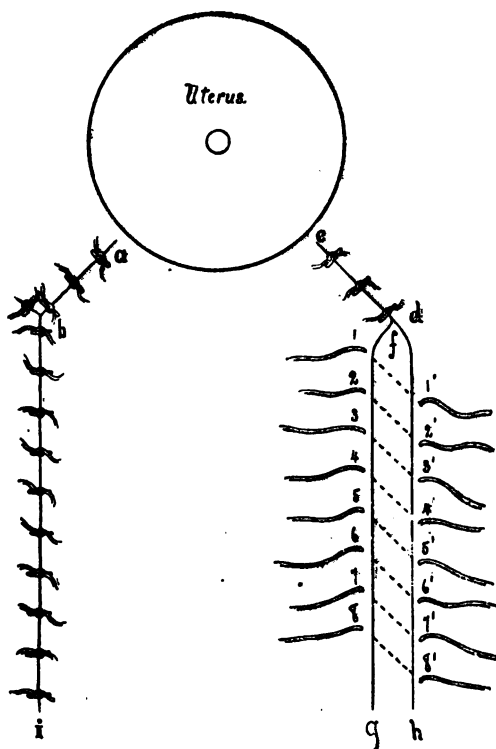


Figure 7.

s'apercevoir que le point 1 est amené en connexion avec le point 1', le point 2 avec le point 2' et ainsi de suite.

La ligne d'union faite par la suture d (figure 9) ferme et emprisonne la partie saillante de l'avivement produite par le glissement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure. Le résultat de cette méthode de suture, quand on l'applique sur les deux côtés du vagin, est de glisser la paroi vaginale antérieure

en haut et en arrière sur la paroi vaginale postérieure et de l'y fixer. Le col de l'utérus faisant pour ainsi dire partie de la paroi vaginale antérieure, suit par suite ce mouvement. Les tissus qui entrent dans la composition des parois latérales du vagin sont bien plus résistants que ceux des parois antérieure ou postérieure ; par conséquent, la puissance de soutien des sutures dans cette situation est plus grande que dans n'importe quelle opération sur la paroi antérieure ou postérieure. L'expérience que

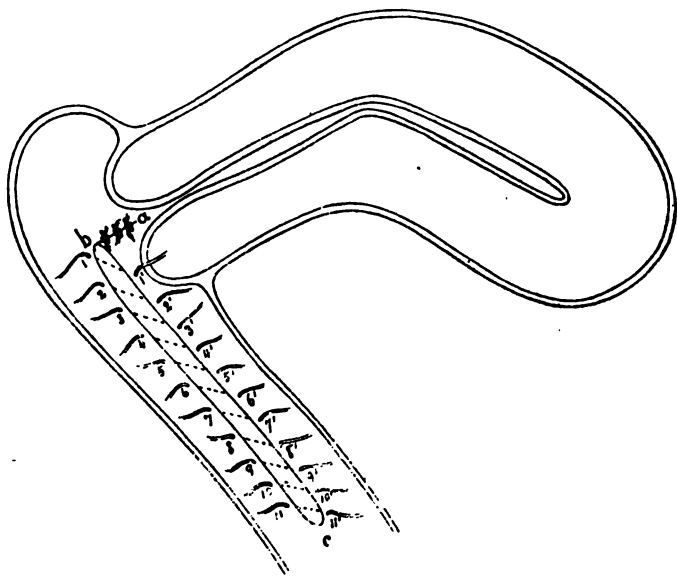


Figure 8.

j'ai acquise pendant trois ans dans cette opération latérale a toujours donné de bons résultats. Le résultat obtenu alors est la restauration de l'extrémité supérieure du vagin et de la paroi antérieure du vagin dans leur position et directions normales. De cette façon, le col de l'utérus est rejeté en arrière dans sa position normale, près de la concavité du sacrum.

En finissant, il est important d'ajouter que dans presque tous les cas de prolapsus, l'extrémité inférieure du vagin est déplacée en arrière. Ceci est la conséquence de la sous-involution des



parois vaginales et surtout de la rupture du périnée. Si on ne fait pas cette manœuvre, la paroi postérieure du vagin et le périnée peuvent être amenés en avant comme pour supporter la paroi vaginale antérieure, cette dernière tombera encore, entraînera l'utérus à sa suite et la hernie se reproduira. Le traitement, toutefois, de la procidentia complète doit toujours comprendre une opération sur le périnée, ou plus clairement, sur l'ouverture

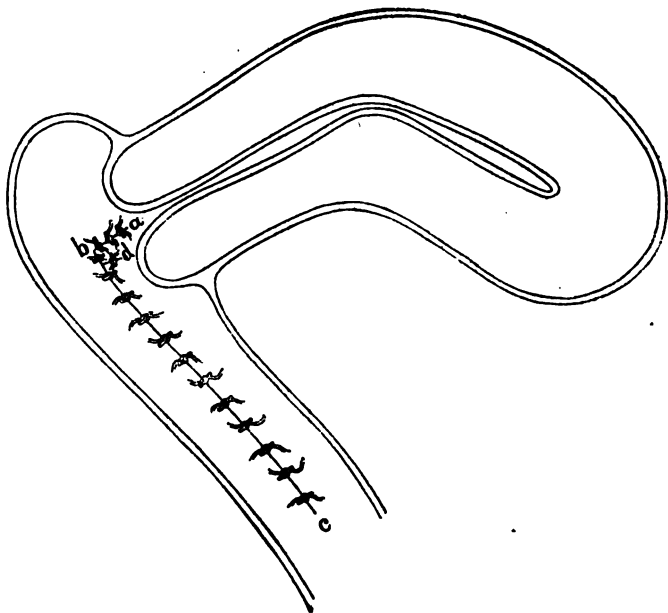


Figure 9.

du vagin ; cette opération amènera l'extrémité inférieure du vagin en avant de sa situation normale, qui est juste au-dessous du pubis. Alors tout le vagin reprendra sa position oblique et son axe fera un angle aigu avec le grand axe de l'utérus.

M. le Dr HARRIS, de Paterson, New-Jersey, chef du service d'obstétrique à l'Hôpital général de Paterson. — **Méthode pour exécuter une dilatation manuelle rapide du col de l'utérus. Ses avantages dans le traitement du placenta**

**prævia.** — Je désire appeler votre attention sur une *méthode manuelle*, pour effectuer une rapide et efficace dilatation du col pour les besoins obstétricaux. D'après mes renseignements, la méthode que j'ai l'honneur de vous présenter, n'a pas été décrite, ni essayée par d'autres. J'ai demandé à un grand nombre de mes confrères de m'expliquer ou de me démontrer qu'elles étaient leurs idées sur la dilatation manuelle du col pendant l'accouchement. Pas un ne m'a donné des renseignements ayant rapport en quoi que ce soit avec ma méthode. L'introduction forcée de la main, ou la séparation des doigts une fois introduits, est tout ce que j'ai pu apprendre de mes amis, ou des obstétriciens.

Cette dilatation manuelle du col ne doit être employée qu'en cas de grossesse avancée, où, pour une raison ou une autre, on désire obtenir une prompte délivrance.

Son usage suppose préalablement la possibilité d'introduire complètement l'index jusqu'à son plus large diamètre, sans beaucoup de difficultés. Si, quand la malade est anesthésiée, on ne peut pas introduire complètement l'index en quelques minutes, je doute sérieusement de la réussite de cette méthode, ou de n'importe quelle méthode de dilatation manuelle, et dans ce cas j'engage le praticien à cesser toute nouvelle tentative.

J'ai une certaine expérience de la méthode que je vais décrire, l'ayant employée dans 7 cas de *placenta prævia*, dans 6 cas de *présentations obliques*, et dans deux cas d'*éclampsie*.

Dans six exemples qui tous se rapportaient à des cas de *placenta prævia*, le travail n'a pas été douloureux, quoique chaque fois une hémorrhagie ait précédé la dilatation manuelle, et par conséquent la délivrance de l'enfant.

Il est même possible que l'hémorrhagie, qui a toujours été suivie d'une délivrance immédiate, ait été un aide utile pour la rapidité de l'opération.

Mon expérience obstétricale me donne à penser, que sans doute l'arrivée antérieure de l'hémorrhagie et la situation particulière du placenta rendent la dilatation plus facile, mais son influence est loin d'être considérable; et j'ai la conviction, qu'après tout, le col non dilaté et non travaillé de la grossesse normale, pourrait bien ne pas montrer plus de fermeté et de résistance que le col non dilaté et non travaillé du *placenta prævia*.

Si une femme est anesthésiée après ou pendant le septième

mois de la grossesse (à condition qu'elle ne soit pas en travail), je crois qu'on entrera toujours facilement l'index jusqu'à son plus large diamètre.

Si ensuite on retire le doigt de manière à ce que la dernière phalange seulement, soit à l'entrée du col, on pourra généralement introduire le pouce à côté de l'index.

Quant les extrémités de l'index et du pouce seront placées dans l'anneau, et le second doigt fortement recourbé (le col restant dans une position latéro-dorsale), nous n'avons qu'à garder l'in-



Fig. 1.



Fig. 2.

dex et le second doigt mis l'un contre l'autre pour former une sorte d'encoche d'où l'anneau formé par le col utérin ne pourra pas sortir facilement. Pour faciliter ma description je désignerai cette manœuvre sous le nom de *première position manuelle* — ou, pour être plus correct, *première position digitale de dilatation*.

Le pouce qui repose le long de l'index se trouve alors porté en avant aussi loin que le permet la largeur du col. Une dilatation considérable peut être ainsi obtenue en continuant ce mouvement du pouce. Mais nous obtenons une dilatation bien plus grande et bien moins fatigante si nous maintenons le pouce immobile sur l'index et si nous accomplissons le mouvement en fléchissant ensemble l'index et le deuxième doigt. Ensuite, quand nous aurons gagné un peu de chemin, nous glissons légèrement

l'index et le deuxième doigt, ce qui permet au pouce d'avancer ; puis, arrivés à ce résultat, nous replaçons le pouce contre l'index. Dans cette position nous avons toujours un point d'appui et les flexions de l'index et du deuxième doigt continuent la dilatation.

Au bout de quelque temps nous étendons de nouveau les doigts, ce qui permet au pouce de se porter toujours en avant vers l'articulation *métacarpo-phalangienne*. Puis, le maintenant fortement sur l'index, nous renouvelons la flexion à l'aide de l'index et du second doigt.

Si les flexions ont été faites d'une manière régulière nous de-



Fig. 3.



Fig. 4.

vons être capable de passer alors le pouce, l'index et le deuxième doigt. C'est ce que j'appellerai la *Deuxième Position*.

Pendant toute cette période la position du premier doigt par rapport au pouce n'a pas changé. Le col qui entoure le pouce et les deux premiers doigts, repose sur la surface dorsale du *troisième* doigt comme il reposait sur celle du *deuxième* doigt dans la première position.

La force qu'on possède pour élargir provient de l'immobilité du pouce sur le premier doigt, tandis que la pression est obtenue en courbant l'index, le second et le troisième doigt de la manière décrite plus haut. Au bout de peu de temps la dilatation est suffisante pour livrer passage au troisième doigt.

C'est ce que j'appellerai la *troisième position*.

Le col, toujours suspendu au-dessus du pouce, a maintenant son point de pression entre le troisième doigt et la face latéro-dorsale du quatrième doigt. Nous continuons les flexions avec tous les doigts et nous continuons à abaisser en étendant les doigts et le pouce vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Bientôt nous pourrions introduire le pouce et les quatre doigts et nous arriverons à la *quatrième position*.

Ici encore, la dilatation s'obtient par les flexions des doigts, quoique l'index et le second soient plus courbés que le troisième et le quatrième.



Fig. 5.



Fig. 6.

La limite de la dilatation dans la quatrième position pour une main mesurant environ vingt centimètres au-dessus de l'articulation *métacarpo-phalangienne* (en mesurant comme pour les gants), est de vingt-trois centimètres (de circonférence). L'extrême limite de la dilatation facile, dans la quatrième position, ne dépassera pas cette mesure, ce qui est à peine suffisant pour entrer la main entière. Il faut donc avoir recours à la *cinquième position* dans laquelle le col entoure les premières phalanges des doigts et la seconde ou dernière phalange du pouce.

Le mouvement que réclame cette position est l'extension du pouce et de tous les doigts : en même temps il faut recourber les

doigts pour diminuer leur empiètement sur la paroi intra-utérine. Une manœuvre moins fatigante et peut-être plus efficace est la *sixième et dernière position*. Il s'agit de forcer le col à entourer les os de la seconde phalange et de la première phalange du pouce.

Dans ces deux dernières positions le cercle de dilatation dépassera la mesure de la main d'au moins sept centimètres. Ceci na-



Fig. 7.



Fig. 8.

tuellement constitue une ouverture plus grande que celle nécessaire à l'introduction de la main dans l'utérus.

Quand les extrémités du premier doigt et du pouce se trouvent dans la première position de la dilatation, le col non encore dilaté donnera la sensation d'un anneau peu élastique, et les tissus qui le composent représenteront comme volume la corde métallique qui forme l'anneau qui m'a servi à illustrer la position et les mouvements de chacune des manœuvres que je viens de décrire.

Pendant toutes ces manipulations, la main repose sur le vagin, et si doucement que, si le travail est bien fait, les spectateurs ne peuvent apercevoir le mouvement du poignet dans la vulve. On n'a besoin ni de tirer ni de pousser vers le col.

Il est dilaté *in situ*, tandis que l'empiètement à l'intérieur de l'utérus est réduit au minimum en recourbant l'extrémité des

doigts dans toutes les positions. Toute main normale peut supporter la fatigue de cette manœuvre si la dilatation est possible.

Ayant échoué une fois sans doute à cause de mon manque d'habitude (je n'avais pas su entrer facilement et complètement le premier doigt), j'en profiterai pour répéter que dans certains cas, la dilatation par ce procédé peut être difficile, sinon impossible.



Fig. 9.



Fig. 10.

*Obs. I.* — Il y a onze ans, le Dr James C. Amiraux me demanda de venir l'assister, me prévenant dans sa lettre qu'il était en présence d'un cas de placenta prævia et qu'il craignait fort une hémorrhagie suivie de mort. Quand j'arrivai à la demeure de la malade, le docteur me dit que, la veille, l'hémorrhagie avait commencé, qu'il l'avait déjà *tamponnée* deux fois, et que le second tampon était resté jusqu'à mon arrivée.

Nous trouvâmes alors le sommet de la tête et une extrémité du placenta qui se présentaient dans un col bien dilaté. La malade était pour ainsi dire sans pouls, torturée par la soif et était si faible que la mort paraissait imminente. Nous appliquâmes le forceps et après une rapide délivrance elle accoucha d'un enfant vivant. Ensuite, grâce à l'emploi énergique du cognac, nous pûmes noter une amélioration dans l'état de la malade, qui finit par entrer en convalescence et guérir.

Ce fut ma première expérience avec un placenta *prævia*. J'avais alors découvert la facilité avec laquelle l'utérus d'une femme enceinte, ou prête à accoucher, pouvait être dilaté manuellement ; je résolus alors d'essayer la dilatation manuelle au lieu du tampon ; au risque de rencontrer le col non dilaté du *placenta prævia*.

Je n'eus pas longtemps à attendre, car un an après j'étais appelé auprès d'une :

*Obs. II.* — Anglaise primipare âgée de 24 ans.

S'étant couchée une nuit sans aucune douleur, elle fut réveillée par une perte de liquide des plus abondantes. J'arrivai chez elle, une heure à peu près après cet accident.

Je la trouvai dans cet état, mais elle ne souffrait pas et le col permettait le passage de l'index. Avec l'assistance du Dr Amiraux, j'endormis la malade et je commençai immédiatement la dilatation manuelle du col. Au bout de 21 minutes ma main entra dans l'utérus, je tirai un pied, et au bout de 28 minutes (soit 49 minutes depuis le début de l'opération), un enfant mort-né et un placenta furent tirés ensemble.

La femme recouvra la santé sans fièvre et sans complications d'aucune sorte.

*Obs. III.* — Mme S..., IIipare, âgée de 30 ans, eut une petite hémorrhagie au bout du 7<sup>e</sup> mois pour laquelle aucun médecin ne fut appelé.

Au huitième mois, une perte de sang très abondante, mais sans aucune douleur. Le col permettait le passage de l'index qui révélait un *placenta prævia*.

Le Dr James W. Smith confirma mon diagnostic, et après avoir donné de l'éther, je dilatai manuellement le col, et introduisis ma main.

Au bout de 20 minutes, les membranes furent déchirées, un pied fut tiré et l'enfant et le placenta furent délivrés en 45 minutes depuis le commencement de la dilatation.

L'enfant vivait encore. La mère fut longue à se remettre, elle eut un léger degré de fièvre puerpérale, probablement parce que nous ne pûmes l'éloigner du milieu infesté,



*Obs. IV.*— Mme S... (la même que dans le cas précédent) m'envoya chercher deux ans après, à minuit.

Elle dormait depuis deux heures quand elle fut réveillée par une mare de sang dans son lit. La grossesse était probablement de sept mois et demi. Je la vis à peu près une heure avant son réveil. Elle ne souffrait pas. Le col livrait à peine le passage à l'index.

Au bout de peu de temps les D<sup>rs</sup> James W. Smith et Millspangh étaient à mes côtés. On endormit la malade. La dilatation manuelle fut pratiquée et au bout de 16 minutes, je pus passer la main. Au bout de 24 minutes l'enfant et le placenta furent délivrés.

La malade eut une rapide convalescence sans aucun accident.

*Obs. V.* — Mme C. . . . , IIpare, âgée de 30 ans, eut une petite hémorrhagie assez importante, au bout du huitième mois. Je la vis six heures après à la demande de son médecin le D<sup>r</sup> Edouard W. Doty, qui me prévint de la présence d'un placenta prævia et qui m'assura que le col laissait à peine passer le doigt. Sur mon assurance que la délivrance ne serait pas immédiate, on se procura de l'éther, on endormit la malade et je commençai la dilatation manuelle. Au bout de 22 minutes la main entra dans l'utérus, j'amenai un pied, et au bout de 22 minutes, l'enfant et le placenta furent délivrés. (L'enfant vit encore.) La convalescence fut normale et complète.

*Obs. VI.*— Une allemande, IVpare, âgée de 30 ans fut prise de douleurs qui au bout de 6 heures furent suivies d'une hémorrhagie abondante.

Le D<sup>r</sup> D. T. Boyden fut appelé, et moi-même sur sa demande, j'arrivai six heures après, et je confirmai son diagnostic de *placenta prævia*.

Il n'y avait que des douleurs momentanées, l'hémorrhagie continue, et le col laissait à peine passer deux doigts.

Je prévins le docteur de mon habitude pour la dilatation manuelle, et, sur son consentement, on anesthésia la malade et la manipulation commença.

Au bout de 20 minutes j'entrai dans l'utérus, je déchirai les membranes et je tirai un pied.

Au bout de 25 autres minutes, elle fut délivrée et j'amenai un enfant vivant et le placenta.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie et la convalescence fut normale.

*Obs. VII.* — Une allemande Vipare, âgée de 43 ans, à huit mois et demi de grossesse, fut prise d'une perte de sang abondante. La maison qu'elle habitait était si froide et si malsaine que je la fis transporter au *Paterson General Hospital*.

Pendant le transport et après son entrée à l'hôpital elle eut des pertes nombreuses et souffrit un peu.

Le col dilaté suffisamment livrait passage à deux doigts. Avec l'aide des internes, les D<sup>rs</sup> Mc Coy et Fuentes, qui anesthésièrent la malade, je pratiquai la dilatation manuelle du col. Au bout de 18 minutes, ma main entra dans l'utérus, déchirait les membranes et tirait un pied. Trente-trois minutes plus tard un enfant mort-né et un placenta furent amenés. La malade se remit sans fièvre.

*Obs. VIII.* — Une allemande, Vpare, âgée de 34 ans, eut une hémorrhagie au bout de huit mois et demi. La perte de liquide était abondante, mais non douloureuse. Je vis la malade à la demande du D<sup>r</sup> William Fletcroft. Elle fut également transportée au *Paterson General Hospital*. Elle arriva six heures environ après l'hémorrhagie, se plaignant de douleurs dans le dos, mais elle ne semblait pas souffrir du travail de l'accouchement.

Elle saignait toujours et le col admettait le passage de trois doigts. Après m'être entendu avec le D<sup>r</sup> William R. Newton, mon collègue dans le service obstétrical, la malade fut anesthésiée ; il accomplit la dilatation manuelle avec la main fermée, l'introduisit, amena un pied, et vingt-cinq minutes plus tard un enfant vivant et le placenta furent délivrés.

La malade quitta l'hôpital au bout de deux semaines environ.

*Obs. IX.* — Une allemande Hipare, âgée de 36 ans.

Je vis la malade avec le D<sup>r</sup> B. C. Magennis à peu près trois heures après le commencement de l'hémorrhagie. Le col n'admettait que le bout de l'index. N'ayant pas encore échoué dans la dilatation manuelle, je résolus de commencer immédiatement. J'anesthésiai la malade, et au bout de cinquante minutes

je dus avouer mon impuissance à introduire les extrémités du pouce et de l'index. L'hémorrhagie avait cessé et je résolus de recommencer au bout d'une semaine à moins d'être de nouveau appelé par des symptômes alarmants ou par une hémorrhagie. Deux fois par jour je fis baigner le vagin par une solution d'acide borique. Deux jours après cet insuccès je fis transporter la malade dans une chambre privée de l'Hôpital Paterson. Exactement six jours après, une petite hémorrhagie eut lieu sans douleurs. Le col permettait alors l'entrée à l'extrémité du doigt plus facilement qu'à la première hémorrhagie. Nous introduisîmes alors le dilateur de Barnes. Au bout d'une heure il était vide, et remplacé par un plus large. On le remplit d'eau, et au bout d'une heure, la malade fut anesthésiée et transportée à la salle d'opérations. Après avoir retiré le dilateur de Barnes, le col laissa passer deux doigts. Le Dr Magennis commença la dilatation en suivant ma méthode, la termina en vingt-deux minutes, introduisit la main, déchira les membranes, amena un pied et délivra un enfant mort-né et le placenta en cinquante-cinq minutes, depuis le commencement de la dilatation.

La malade eut une convalescence normale et sans aucune complication.

Ces 9 cas représentent toute mon expérience dans le traitement du placenta prævia. Toutes les mères entrèrent en convalescence et trois des enfants survécurent. Dans huit cas, la dilatation manuelle fut pratiquée pour admettre la main et pour la version podalique. Dans sept cas seulement on employa ma méthode.

Le temps le plus court observé pour dilater le col depuis l'introduction de l'index jusqu'à l'entrée de la main entière a été de seize minutes, le plus long de vingt-deux minutes.

La moyenne pour les sept cas fut donc de 19 minutes 6/7. Si on ajoute le cas opéré par le Dr Newton et dans lequel on introduisit d'abord trois doigts, le temps observé depuis l'entrée des trois doigts jusqu'à l'entrée de la main entière fut de quinze minutes ; et si on prend la moyenne des huit cas on trouve qu'elle est un peu moindre que pour 7 cas.

Le commencement de la dilatation dans le cas IX avec le sac dilateur Barnes nous prit deux heures. Ce temps ne figure pas dans la moyenne précédente. Mais j'ai dans l'idée que la dilata-

tation manuelle aurait pu avoir lieu après avoir retiré le plus petit sac ou une heure après son introduction.

Le temps très court demandé pour entrer l'index ou l'extrémité du pouce et de l'index est compris dans les moyennes :

Ainsi, dans ces cas chaque temps est observé depuis le moment où on touche le malade, jusqu'à l'arrivée du pied.

La cessation de l'anesthésie immédiatement après la version permet généralement à la nature de compléter rapidement la délivrance avec l'aide d'une légère pression sur le pied ou la jambe. Car dès qu'on cesse l'anesthésie, les douleurs du travail se font rapidement sentir et au bout de peu de temps deviennent pressantes et actives. Passons maintenant au temps demandé pour l'accomplissement de la deuxième et de la troisième phase de l'accouchement. Dans huit cas, le placenta fut retiré avec l'enfant, ou suivit si rapidement la délivrance de la tête, que le temps nécessaire à ce qu'on appelle la troisième phase fut trop court pour être calculé.

Le temps le plus court pour terminer l'accouchement après le commencement de l'expulsion fut de 10 minutes. Le plus long de 33 minutes. Le temps moyen fut de 25  $\frac{1}{8}$  m. Le temps le plus court pour dilater le col et compléter la délivrance fut de 25 minutes, le plus long de 55 minutes.

Le temps moyen pour les huit cas fut de 41 minutes. Toutes les mères se remirent et deux sur huit des enfants survécurent.

Dans 5 cas, il n'y eut aucune douleur de travail avant la rupture des membranes et l'accomplissement de la version. La délivrance fut dans tous ces cas une simple opération de l'expulsion. Deux des malades seules souffrirent un peu, mais très légèrement.

Une des malades (sur huit cas), fut en travail pendant douze ou treize heures, avec une perte continuelle de sept heures. En tout cas, l'hémorrhagie cessait dès qu'on tirait le pied après la version. Il n'y eut jamais d'hémorrhagie *post partum* qui pût me faire supposer une déchirure cervicale.

On serait porté à supposer que cette rapide dilatation du col devait amener une hémorrhagie dangereuse ou tout au moins augmenter la perte de sang provenant du détachement du placenta. Il est intéressant de noter que la quantité de sang perdue durant

la dilatation n'a jamais été assez abondante pour nous donner des inquiétudes sérieuses.

Je désire encore vous rappeler que cette dilatation doit être accompagnée en empiétant à peine sur la paroi intra-utérine et si elle est bien faite nous limitons la surface du détachement du placenta et par conséquent l'hémorragie, jusqu'à ce que les membranes soient déchirées et la jambe amenée en dehors.

Quatre des maisons étaient malsaines, et n'ayant pu les améliorer j'eus sérieusement peur de la septicémie.

Une fois (cas III) mes craintes se réalisèrent en partie. Et je n'ai pas besoin de parler des lavages chirurgicaux faits aux mains, à la vulve, et au vagin avant l'opération, et dans certains cas après la délivrance, les irrigations du vagin et de l'utérus avec de l'eau stérilisée. Toutes ces précautions furent prises autant que les circonstances le permettaient.

Les brillants résultats obtenus par Richard, Lomer, Hofmeier et Behn dans le traitement du placenta prævia par la méthode de Hicks (la version bimanuelle) semblent ne pas laisser de place à de nouvelles améliorations. Je n'ai pas employé une méthode différente avec l'idée d'obtenir des résultats meilleurs que ceux obtenus par ces confrères. Mais je dois dire que mes deux premiers cas furent opérés avant la publication du rapport si intéressant de Richart Lomet dans « *The American Journal of obstetrics* ». Rendu plus hardi par la réussite de ces deux cas, j'ai continué l'expérience sans rien changer et de nouveaux résultats furent obtenus. Mais certainement, certains praticiens ont d'une manière ou d'une autre, introduit la main dans l'utérus pour détacher le placenta et pratiqué la délivrance à l'aide de mouvements de la main.

D'autres obstétriciens (connaissant sans doute la méthode de Braxton Hicks) ont modifié ainsi son traitement, mais je n'ai jamais entendu dire qu'ils aient pratiqué l'accouchement et en même temps dilaté le col aussi rapidement et avec des résultats aussi satisfaisants que dans les quelques cas que j'ai relatés.

**M. BAR. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie.** — J'ai l'honneur de vous présenter une femme chez qui j'ai pratiqué le 28 octobre, c'est-à-dire il y a 46 jours, une symphyséotomie.

Cette femme, qui est âgée de 29 ans, mesure 1 mètre 26. Elle a été atteinte de rachitisme pendant sa première enfance. Les lésions rachitiques portent surtout sur les membres inférieurs qui sont petits ; les tibias et les fémurs sont fortement incurvés. Le tronc, le crâne, les membres supérieurs sont beaucoup moins atteints.

Le bassin est généralement rétréci. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 c. 2.

J'ajouterai que la partie gauche du détroit supérieur est sensiblement plus rétrécie que la partie droite. La mensuration externe du bassin nous a donné les chiffres de 22 c. pour le diamètre bi-épineux et 23 c. 7 pour le diamètre bi-crête.

Notre malade, qui était primipare, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 28 octobre 1894 à midi. Elle était en travail depuis le matin à 3 heures. Au moment où je la vis, à 3 heures de l'après-midi, la dilatation était complète ; la poche des eaux intacte. L'enfant, volumineux se présentait par le sommet en O. I. D. T. Les battements du cœur étaient bien frappés et réguliers. Enfin la tête, qui n'avait aucune tendance à s'engager, était très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Je pratiquai de suite la symphyséotomie. Cette opération fut faite avec une grande facilité ; il s'écoula à peine quelques gouttes de sang. La plaie ayant été tamponnée avec de la gaze iodoformée ; les pubis étant écartés de deux travers de doigt par l'abduction et l'extension des membres inférieurs, je rompis les membranes en même temps qu'on suspendait la chloroformisation. La femme fit quelques efforts et vingt minutes plus tard, elle expulsait spontanément un enfant de 3150 gr.

Au moment du dégagement, les membres furent portés dans l'adduction et la flexion. Une forte pression de dehors en dedans fut exercée sur les grands trochanters.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, nous pûmes constater que la muqueuse vaginale ne présentait aucune déchirure. Les deux parois vaginales, surtout l'antérieure, formaient une saillie assez forte à travers les lèvres de la vulve.

Je ne suturai ni la symphyse, ni les trousseaux fibreux qui la recouvrent en avant et fis simplement une suture tégumentaire.

Les suites furent très régulières. — L'enfant se développa bien et quand il quitta l'hôpital 25 jours après sa naissance, son poids avait augmenté de 450 gr. La femme à ce moment pouvait marcher sans douleur. Cependant, nous pûmes reconnaître que les deux pubis étaient très mobiles l'un sur l'autre quand la malade marchait. On pouvait même percevoir, à chaque mouvement, des craquements assez nets.

Dix jours plus tard notre femme revint nous présenter son enfant qui, mal nourri, présentait une entérite très grave. Depuis 9 jours, elle est dans notre service, et voici quel est aujourd'hui (46<sup>e</sup> jour) son état.

En pratiquant le toucher, on peut reconnaître que la pression sur la symphyse sacro-iliaque droite ne provoque aucune douleur ; une pression semblable exercée sur la symphyse gauche est un peu pénible. Le doigt pressant sur la face postérieure de la symphyse pubienne ne sent rien d'anormal, et la femme n'accuse aucune douleur.

La malade peut marcher sans éprouver aucun phénomène douloureux dans la région pelvienne.

Une pression un peu forte, exercée sur la région antérieure de la symphyse est pénible, le doigt perçoit à ce niveau une dépression linéaire donnant une sensation analogue à celle que l'on éprouve en passant le doigt sur la face dorsale de la main entre deux métacarpiens.

Quand la femme est couchée, la paroi vaginale antérieure fait une saillie marquée à la vulve, saillie qui s'exagère beaucoup lorsque la malade est debout.

Si on pratique le toucher quand la femme debout figure les mouvements de la marche, on peut reconnaître que les deux pubis sont très mobiles l'un sur l'autre.

En somme, 46 jours après l'opération, nous avons à noter chez notre malade :

1<sup>o</sup> Un abaissement marqué de la paroi vaginale antérieure. Cette chute du vagin est bien plus accentuée qu'elle ne devrait l'être après un premier accouchement. La libération des points d'attache antérieure du tiers inférieur du vagin n'a peut-être pas été étrangère à sa production. Il serait intéressant de suivre

cette malade, et de voir si ce prolapsus est définitif, s'il va s'accroître ou aller en diminuant.

2° Les pubis sont mobiles l'un sur l'autre. Cette mobilité ne semble jusqu'à présent avoir eu aucune conséquence fâcheuse pour cette femme qui a été presque continuellement hospitalisée depuis l'opération. Il est possible, si elle persiste, qu'elle n'incommoder pas la malade qui exerce la profession de couturière et ne fait aucun travail pénible.

Il y a cependant dans cette mobilité persistante un fait intéressant à relever. Il se pourrait qu'elle devînt une cause d'inconvénients sérieux si elle se produisait après la symphyséotomie chez des femmes exposées à faire des travaux pénibles, ou présentant ces conditions encore mal définies qui rendent si souvent douloureux le relâchement des symphises pendant la grossesse.

L'histoire de la symphyséotomie se fait en ce moment assez rapidement, grâce aux nombreux faits qui se publient. Peut-être, pour établir la valeur définitive de cette opération, est-il intéressant de ne plus rechercher seulement le pourcentage des succès et des insuccès et faut-il aujourd'hui préciser si dans le cas où l'opération paraît suivie de succès, elle ne laisse pas après elle quelques suites fâcheuses. A cet égard notre fait, par cette mobilité persistante de la symphyse par le prolapsus de la paroi-vaginale antérieure, nous a paru constituer un document intéressant.

M. GUÉNIOT. — J'ai été très frappé de voir à la suite d'une première symphyséotomie une femme qui, tout en marchant bien et ne souffrant pas, avait conservé une certaine mobilité. En outre, le ligament triangulaire ne s'est pas reproduit et de plus en appliquant le doigt sur la symphyse j'avais la sensation qu'on appliquait le doigt sur un interstice interdigital. Je demanderai à M. Bar si la dilatation était complète quand il sectionna la symphyse.

M. BAR. — Elle était absolument complète et la symphyséotomie a été des plus simples. Comme M. Guéniot, j'ai eu la sensation d'un interligne en avant; en arrière, on ne sent rien.

M. GUÉNIOT. — Une de mes opérées est redevenue enceinte;



elle est entrée de nouveau dans mon service en mon absence, et M. Potocki a fait chez elle une seconde fois la symphyséotomie et il a eu de la peine à pénétrer parce que derrière la symphyse pubienne il a rencontré une sorte de plaque fibreuse. Cette femme a guéri aussi vite que la première fois.

M. BUDIN. — Je regrette que M. Bonnaire n'assiste pas à la séance, il aurait répondu à M. Guéniot par une intéressante observation analogue à la sienne. Il s'agit d'une femme chez laquelle la symphyséotomie avait été pratiquée une première fois et à laquelle j'ai fait allusion dans la dernière séance. Cette femme, redevenue enceinte se présenta à la Charité au terme de sa grossesse et je fis pratiquer en ma présence, par M. Bonnaire, une seconde symphyséotomie. Ce fut une opération à blanc, il ne s'écoula pas une demi-cuillerée de sang. Quand on voulut éloigner les pubis l'un de l'autre, on ne put obtenir qu'un écartement de 3 à 4 centimètres. Cela tenait justement à ce que, derrière les os, il s'était formé une plaque épaisse de tissu fibreux extrêmement résistant qu'il aurait fallu sectionner. Mais l'écartement était suffisant pour permettre à la tête de passer, non avec une application de forceps antéro-postérieure, mais avec une application oblique.

Il sera toujours intéressant de suivre les opérées et de savoir ce qu'elles deviendront. Il y en a qui accoucheront seules plus tard, soit parce qu'on laissera suffisamment agir les contractions utérines, soit parce que les diamètres du bassin se trouveront agrandis comme conséquence de la première opération, la mobilité des symphyses restant exagérée.

M. le Dr VILLEMIN. — **Observation d'un enfant né avant terme.** — Mère multipare âgée de 25 ans, ayant eu des règles normales dans la première semaine de novembre 1891. Après le milieu de décembre, nausées ; puis, écoulement sanguin du 20 au 26 décembre. Les mouvements du fœtus sont perçus au commencement de mars 1892. Dans deux grossesses précédentes ils avaient été sentis dans la première quinzaine du 4<sup>e</sup> mois et avaient permis de fixer la date de l'accouchement à une semaine près.

Le 30 avril hémorrhagie se produisant brusquement sans douleur et sans cause connue ; la malade garde le lit. Le 4 mai nouvelle hémorrhagie ; le 6, autre perte beaucoup plus abondante,

ayant débuté la nuit pendant le sommeil. Le 10 mai, légères douleurs dans les reins, qui continuent en se rapprochant les 12 et 13 et dans la nuit du 14 après une hémorrhagie peu abondante et nullement à comparer avec celles des premiers jours du mois, naissance de l'enfant qui s'était présenté par le sommet. Délivrance normale.

Tout avait été préparé pour un tamponnement, dans le cas où les pertes auraient pris de plus fortes proportions. Mais il était à supposer que l'enfant n'était pas viable étant donné d'abord son âge, ensuite les conditions déplorables dans lesquelles il avait dû vivre au milieu de ces hémorrhagies répétées. Aussi quand les douleurs prémonitoires d'un avortement imminent se produisirent, l'événement fût-il plutôt considéré comme heureux et devant épargner à la mère de nouvelles pertes qui pourraient devenir dangereuses.

L'arrière-faix, examiné par M. Budin, montra que les membranes étaient rompues sur le pôle opposé au placenta ; sur la circonférence de ce dernier on voyait en un point un caillot récent assez volumineux ; on le détacha et on constata qu'il pénétrait à travers une ouverture dans le sinus circulaire ; en deux autres points, caillots grisâtres sur la circonférence du placenta.

L'enfant, de sexe féminin, était âgée de 24 semaines minimum, 26 maximum ; les dernières règles s'étaient terminées vers le 10 novembre et nous ne considérons pas comme telles l'écoulement sanguin du 20 au 26 décembre, qui pourtant en avait tous les caractères, mais qui avait suivi de quelques jours les premières nausées. L'enfant fut mise dans du coton entre deux boules d'eau chaude, sans qu'on prit autrement soin d'elle ; on la croyait vouée à une mort prochaine et on ne s'occupa que de la mère. Dans la soirée elle était absolument froide. Une selle méconiale normale avait eu lieu.

A titre d'expérience scientifique, mais sans aucun espoir de la sauver d'ailleurs, elle est mise, à onze heures du soir, dans une couveuse de d'Arsonval (ancien modèle) réglée à 37°. La nuit elle pousse des cris assez forts pour être entendus des pièces voisines. Le 15 et le 16 on lui donne à la cuiller quelques grammes de lait de nourrice additionnés d'une pincée de peptones sèches. On peut estimer la quantité d'aliments pris à cette époque à deux cuillerées à café de lait toutes les trois heures avec à peine un gramme de peptones chaque fois.

Le 17 mai l'enfant, pesée, accuse 955 grammes. Dans la matinée un vomissement fait refluer du contenu stomacal dans la trachée ; état de mort apparente, respiration arrêtée pendant plus d'une minute, lividité cadavérique, perte absolue des réflexes, contractions cardiaques très affaiblies et ralenties. Puis, reprise spontanée de la respiration normale. Le soir, mêmes phénomènes ; l'apnée dure plus longtemps, la cyanose de la face est très-avancée ; respiration artificielle pendant deux ou trois minutes, puis reprise des mouvements respiratoires.

Le 20 mai, l'enfant ne pèse plus que 900 grammes. La déglutition est très difficile. Le 26, chute du cordon après un petit suintement sanguin. Les fontanelles disparaissent par chevauchement des pariétaux et de l'occipital les uns sur les autres. Le 27 l'enfant reste en état de mort apparente à trois reprises différentes à la suite de quelques mouvements convulsifs, et recouvre ses fonctions respiratoires grâce à la respiration artificielle. Coliques fréquentes, contractions vermiculaires continuelles de l'intestin visibles sous une paroi abdominale presque transparente. L'enfant boit très mal, a de fort mauvaises selles et encore une crise d'apnée le 28.

Le 30 coliques et vomissements sont arrêtés grâce à l'Eau de Vichy ; le teint reste très jaune, les conjonctives sont légèrement subictériques ; mais les jours suivants l'appétit revient et la constipation devient opiniâtre.

La courbe jointe à l'observation indique le résultat des pesées.

Le 10 juin, c'est-à-dire près d'un mois après sa naissance, l'enfant étant en assez bon état, il est loisible de faire quelques mensurations.

|                                         |          |
|-----------------------------------------|----------|
| Longueur totale.....                    | 38 cent. |
| Périmètre thoracique sous-axillaire.... | 20 —     |
| Longueur du membre supérieur.....       | 12 —     |
| Longueur du membre inférieur.....       | 12 —     |
| Périmètre du cou.....                   | 12 —     |
| Périmètre de la cuisse partie moyenne   | 8 —      |
| Périmètre de la jambe partie moyenne    | 6 —      |
| Périmètre du bras partie moyenne....    | 5 —      |
| Longueur du pied.....                   | 6 —      |
| Longueur de la main.....                | 5 —      |

L'enfant essaye de téter au sein, mais les efforts de succion sont

insuffisants pour faire monter le lait. Le 14, encore une crise d'apné analogue aux précédentes.

A partir du 2 juillet (six semaines après sa naissance) l'enfant est nourrie exclusivement au sein. Les tétées sont en moyenne de soixante grammes. Le 22, la température de l'étuve est abaissée à 32°. L'enfant demande à boire toutes les deux heures assez régulièrement.

Le 31 juillet (il y a 2 mois 1/2 qu'elle est née) elle est sortie de sa couveuse d'une manière définitive. La température de la pièce est maintenue de 22° à 26°.

Emmené à la campagne, le bébé accuse sur la courbe des pesées une marche ascensionnelle très satisfaisante. Malgré une atteinte de muguet qui dura trois semaines et pendant laquelle les téguments des fesses et des membres inférieurs devinrent entièrement rouges et même ulcérés par places jusqu'au corps de Malpighi y compris, tout reprit l'apparence normale après l'ensevelissement de l'enfant dans le son.

Vers la fin de décembre, l'enfant devint graduellement de plus en plus pâle. En février les selles devinrent mauvaises, il y eut quelques vomissements. Le lait de la nourrice se montra à l'analyse d'une richesse anormale.

|                                    |                   |        |
|------------------------------------|-------------------|--------|
| Matières organiques.....           | 179 gr. 20)       | 181.60 |
| Sels minéraux.....                 | 2 gr. 40)         |        |
| Beurre.....                        | 91 gr. 10)        | 179.20 |
| Sucre de lait.....                 | 63 gr. 60)        |        |
| Caséïne et autres albuminoïdes.... | 24 gr. 50)        |        |
| Eau.....                           | 846.90 (BERLIOZ). |        |

Deux nourrices se succèdent à peu d'intervalle ; l'enfant continue à maigrir. Le 4 mars éclatait une broncho-pneumonie très grave qui occupa successivement les deux poumons et laissa après dix jours de période aiguë des noyaux indurés et crépitants aux sommets. L'enfant fut envoyée à Arcachon où la nourrice insuffisante dut encore être changée.

A l'heure actuelle le bébé est âgé de trente et un mois, marche seul, sait rassembler des mots français sous forme de phrases, comprend l'allemand et en dit quelques mots, mesure 80 centimètres de long, pèse 9 kilos 425, possède en entier son premier

système dentaire sauf la seconde petite molaire supérieure gauche. L'enfant est néanmoins toujours d'une grande pâleur.

Nous avons estimé l'âge de l'enfant au moment de sa naissance à 5 mois 1/2 minimum, six mois maximum en nous basant sur l'arrivée des dernières règles chez la mère (du 4 au 10 novembre), sur l'apparition des nausées à la fin de décembre, sur les premiers mouvements du fœtus qui avaient fait présumer l'accouchement pour les environs du 25 août, par analogie avec ce qui s'était passé pour les deux premiers enfants. M. Budin, qui la vit deux heures après sa naissance, confirma cette assertion à l'inspection de l'enfant.

Les deux facteurs qui ont permis de conserver la vie à une enfant aussi jeune et d'un aussi faible poids sont :

1° La présence près d'elle de la nourrice du frère aîné, nourrice qui possédait un excellent lait : ce lait, donné à la cuiller pendant les six premières semaines, fut à chaque fois additionné d'une petite quantité de peptones. Les selles étaient assez consistantes et avaient une odeur rappelant celle des garde-robes d'adulte.

2° La faculté de mettre au bout de peu d'heures l'enfant dans une couveuse d'Arsonval à régulateur à gaz. Cette couveuse verticale fort incommode fut remplacée dans la suite par un appareil que nous allons sommairement décrire : c'est une boîte rectangulaire en cuivre rouge, longue de 50 c., large de 25 c., haute de 15 c., contenant les couchages de l'enfant et entourée d'une seconde boîte métallique à parois partout équidistantes et maintenant autour de la première une couche de 5 c. d'eau chaude. L'appareil, monté sur roulettes, porte un petit brûleur Bunsen dont la flamme est réglée par la membrane élastique de Monsieur d'Arsonval. Une glace inclinée à 45° permet de surveiller la flamme, qui d'ailleurs entourée, ainsi que toute la couveuse, d'une épaisse lance de feutre risque peu de s'éteindre. Le couvercle rempli d'eau chaude est muni du côté de la tête de l'enfant d'une glace transparente mobile sur charnières, en forme de vasistas et qui permet à volonté l'évacuation plus ou moins rapide de l'air pris au dehors par deux petits ventilateurs placés à la partie décline. La température ne varie pas d'un demi-degré sans surveillance aucune une fois l'appareil réglé et avec une dépense de gaz presque insignifiante.

Il semble donc qu'un fœtus après une durée de vie intra-utérine de 5 mois 1/2 à six mois maximum possède des organes de respiration et de digestion en évolution assez avancée pour lui permettre de vivre. La respiration bronchique paraît suffire d'abord, et l'on peut dire même qu'elle est assez active pour rendre vite la coloration rosée aux téguments, comme nous avons pu le constater après les nombreuses crises où l'enfant fut en état de mort apparente.

Les glandes gastro-intestinales peuvent être à la hauteur de leur tâche et donner lieu à des selles parfaitement normales. La déglutition est un gros obstacle au début et cependant il serait à craindre que l'alimentation par la sonde fût d'une difficulté insurmontable.

*Analyse de lait de nourrice pour le docteur Villemin.*

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| Réaction,.....                     | très légèrement alcaline. |
| Densité,.....                      | 1028.5                    |
| Matières fixes à 100°.....         | 181.60                    |
| Matières organiques.....           | 179 gr. 20                |
| Sels minéraux.....                 | 2 gr. 40                  |
| Beurre.....                        | 91 gr. 10                 |
| Sucre de lait.....                 | 63 gr. 60                 |
| Caséine et autres albuminoïdes.... | 24 gr. 50                 |
| Eau.....                           | 846.90                    |

*Conclusions.* — Ce lait est concentré. Sa teneur en beurre est surtout très forte. Sa composition est celle d'un lait très ancien.

Le 26 janvier 1893.

**Discussion :** M. GUÉNIOU. — C'est une observation extraordinairement rare et intéressante ; aussi est-il très important que tous les détails soient exposés avec la plus grande précision. La question principale est celle-ci. Est-il vrai qu'un enfant de 5 mois 1/2 à 6 mois peut vivre ? Or M. Rémy a dit qu'à 6 mois les alvéoles pulmonaires ne sont pas encore libres. Je croyais donc qu'il fallait passer 6 mois et aller jusqu'à 6 mois et demi, 7 mois, pour avoir des enfants viables.

M. MAYGRIER. — J'ai actuellement dans mon service de la Pitié un enfant de 6 mois, âgé de 7 jours et dont le poids est tombé à 770 grammes. Il vit encore, il est vrai ; mais je pense qu'il va succomber.

M. BUDIN. — Dans l'observation de M. Villemin, il y a des dates bien précises ; l'enfant, que j'ai vu, ne me paraissait pas viable. Étant donné la gravité des accidents que la mère avait présentés, nous n'avions rien fait pour empêcher l'accouchement.

Étant interne à la Maternité j'ai examiné des enfants de 6 mois 1/2 à 7 mois, qui avaient crié et qui avaient vécu deux ou trois jours. Or il n'y avait eu chez eux qu'une respiration bronchique : les poumons ne surnageaient pas et les alvéoles étaient remplies de cellules épithéliales. On peut donc comprendre que l'enfant, après avoir eu une respiration bronchique, puisse vider ses alvéoles pulmonaires et continuer à vivre.

Certainement cet enfant n'avait pas 6 mois et l'observation est intéressante encore au point de vue médico-légal ; on pouvait, non d'après les règlements de police en vigueur à Paris, mais d'après la loi, ne pas le déclarer.

M. CHARPENTIER. — J'ai pu aussi élever un enfant de 6 mois, et du poids de 1040 gr. Je pensais même que c'était le plus petit. Il n'en est rien, puisque, dans l'observation qui nous est présentée, le poids était de 950 gr. et qu'il est même descendu à 900 gr.

J'avais été appelé, au milieu de la nuit, auprès de la mère, qui n'avait absolument rien préparé. L'accouchement terminé, je déposai l'enfant dans une cuvette, sans m'en occuper, le considérant comme non viable. Après avoir donné les soins nécessaires à la femme, trouvant l'enfant vivant, je l'enveloppai dans un jupon quaté. Il était deux heures du matin. A huit heures, lorsque je retournai voir l'accouchée, l'enfant n'était pas mort, à mon grand étonnement. Je m'en occupai alors sérieusement. Il fut mis dans de l'ouate, le berceau étant placé dans une petite pièce, où une température élevée fut entretenue au moyen d'un feu de cheminée.

J'organisais ensuite un service avec un bureau voisin de nourrices, rue Chaptal. Toutes les heures, une nourrice venait donner quelques gouttes de lait à l'enfant. Au bout d'une huitaine de jours, il prit le sein de lui-même, et s'est ensuite élevé admirablement.

Il est donc des cas où la vitalité des enfants est incroyable ; et cet enfant n'avait certainement pas 6 mois et demi.

M. LUTAUD. — M. Budin sait qu'actuellement, à Paris, nous

sommes obligés de faire les déclarations à partir de trois mois.

M. BUDIN. — Mais j'ai eu soin d'établir la distinction.

M. GUÉNIOT. — L'observation de M. Villemain est peut-être unique. Qu'il spécifie donc bien, je le répète, certains points. Cet enfant criait-il ? C'est important à dire. Si oui, il emmagasinait, en conséquence, de l'air.

Une autre question, qui me préoccupe toujours, lorsque l'enfant est si jeune, c'est l'état de la peau, dont l'aspect est comme gélatineux. Dans un milieu très chaud, cette peau peut se ratatiner. Aussi je conseille de faire de petits massages avec de l'huile.

M. VILLEMINE. — Il est vrai que la peau se parcheminait ; mais, je dois avouer que l'on ne s'en est pas occupé.

À la naissance, on apercevait, par transparence, tous les vaisseaux et la masse intestinale.

M. le D<sup>r</sup> PAUL PETIT. — **190 cas de petite chirurgie gynécologique pour lésions de l'endomètre.** — Il n'est question, à l'heure actuelle, que de grosses interventions, laparotomies ou hystérectomies, non seulement pour les grosses lésions qui leur reviennent de droit et auxquelles je suis trop heureux moi-même de les opposer, mais pour des états pathologiques tels que rétroversion utérine, prolapsus, voire même métrite chronique qu'on traitait généralement et, avec confiance, par des opérations beaucoup moins graves et conservatrices.

J'ai donc eu la curiosité de me reporter aux résultats que j'ai obtenus par les opérations de ce genre et dont j'ai cru devoir garder la relation.

Me localisant, pour aujourd'hui, dans les états pathologiques de l'endomètre, j'exposerai un ensemble de 190 faits, comprenant 178 curettages, dont le plus grand nombre avec dilatation préalable par les tentes, 7 dilatations simples pour métrite avec périmétrie, 37 résections du col suivant le procédé de Schröder, 2 trachéloraphies, 8 dissections simples du col, 2 stomatoplasties suivant le procédé de Pozzi.

Je laisserai intentionnellement dans l'ombre quelques opérations surajoutées pour lésions diverses et signalerai seulement celles qui, en combattant les déplacements de l'utérus, ont pu avoir une action secondaire sur les lésions de sa muqueuse.



Ainsi compris, cet ensemble de 190 faits peut se répartir ainsi au point de vue clinique :

1° Cas divers ayant provoqué le curettage explorateur : 13.—  
2° Rétention du délivre avec hémorrhagie : 16 cas.— 3° Hypertrophie simple de la muqueuse utérine : 30.— 4° Métrite : 46.— 5° Métrite compliquée d'antéflexion : 6.— 6° Métrite compliquée de déplacements utérins : 46.— 7° Métrite compliquée d'inflammations circum utérine : 28.— 8° Epithélioma : 4.

Ces observations ont été suivies presque toutes durant de longs mois ou des années : elles rachètent donc, dans certaines catégories, leur petit nombre par leur qualité, et pourront me suffire, sans que je doive évoquer celles dont je n'ai gardé que le souvenir, pour formuler des conclusions pratiques. J'en résumerai quelques-unes dans nos bulletins, et en choisissant de préférence celles qui sont le plus sujettes à discussion : je tiens à protester ainsi contre ces statistiques impérieuses, d'autant plus laconiques qu'elles traitent des sujets plus graves et qui, pour vouloir trop s'imposer, n'arrivent qu'à provoquer le doute.

Il faut, en effet, non seulement que l'indication opératoire soit acceptable, mais encore qu'elle puisse être discutée en connaissance de cause. Or, on ne nous soumet le plus souvent que des détails de technique, des guérisons opératoires vierges de tout incident, le tout agrémenté d'interprétations sinon fantaisistes, du moins façonnées à la couleur même de l'esprit du chirurgien et en faveur de l'intervention qu'il préconise. Ce que nous demandons avant tout et ce que je compte vous soumettre, c'est un diagnostic anatomique précis et, le plus souvent, un relevé des suites éloignées de l'opération : sans quoi, pas de discussion ni de progrès possible.

1° *Cas divers ayant provoqué le curettage explorateur.* — Je pratique très volontiers le curettage explorateur, au cours de l'examen gynécologique, étant donné la précision de ses résultats, la rapidité de son exécution et la grande tolérance des malades à son égard.

Les 13 curettages explorateurs, dont j'ai gardé l'observation, datent des premiers temps de ma pratique ; mais, depuis, j'en ai fait un grand nombre d'autres. J'ai ainsi dépisté, dans quelques cas, l'épithélioma cavitaire du col ou du corps, alors que

l'on croyait à la métrite ou que l'on hésitait sur le véritable diagnostic ; plus souvent, j'ai acquis la preuve de métrites fongueuses chez des vieilles femmes qu'on aurait pu croire atteintes de cancer ; mais, dans la majorité des cas, j'ai voulu me rendre compte si l'utérus était bien le siège des métrorrhagies qu'on m'annonçait et si l'état de sa muqueuse nécessitait un curettage complet.

Le plus souvent, l'examen macroscopique des fragments ramenés par la curette m'a suffi ; mais, dans un bon nombre de faits, quoi qu'on en dise, le microscope seul m'a donné la certitude, alors que le diagnostic clinique ou macroscopique ne pouvait être qu'incertain ou erroné.

Ainsi ai-je rencontré chez des femmes qui avaient dépassé la ménopause, de simples fongosités utérines qui pouvaient facilement donner le change avec l'épithélioma, l'âge de la malade aidant, par leur exubérance, leur friabilité, les hémorrhagies incessantes, et, par suite, l'état de dépérissement qu'elles entraînaient.

Il est vrai que, dans ces cas, je n'ai pas rencontré d'écoulements sanieux, mais on sait que dans le cancer corporéal, cette manifestation suit parfois d'assez loin la métrorrhagie.

Il est une affection, assez rare du reste, qu'il est encore plus facile de confondre avec le cancer, c'est la métrite *caséuse* des femmes âgées.

*2° Rétention du délivre avec hémorrhagies.* — 16 cas de curettage, dont 4 après accouchement à terme et 12 après avortement.

Des 4 premiers, l'un a été pratiqué dans les 48 heures qui suivirent l'extraction incomplète d'un placenta très adhérent. Mon confrère, le Dr G., de Monthléry, avait enlevé à la main tout ce qu'il avait pu de ce placenta, et, l'hémorrhagie continuant, m'avait fait appeler. Je trouvai, un peu au-dessus de l'orifice interne, un fragment de placenta tellement adhérent qu'il me fut impossible de l'enlever, aussi bien avec la curette qu'avec le doigt manœuvré comme l'indique M. Budin ; mais je réussis à l'extraire, par petits fragments, en le morcelant avec une pince sur l'index gauche comme guide. Je crois que c'est un bon moyen à recommander pour qui sait se servir des pinces à mor-

cellement, à condition de ne pas dépasser le niveau de l'aire placentaire. On a certainement moins à craindre la perforation de l'utérus, malgré sa friabilité, après l'accouchement, que dans certains cas d'énucléation, en dehors de la période puerpérale, de fibro-myomes interstitiels à prédominance myomateuse fusionnés plus ou moins intimement avec le tissu environnant.

Une seconde malade, accouchée depuis peu, renfermait dans son utérus une masse placentaire assez volumineuse ; l'organe était en état de rétroflexion complète et sa statique s'est, par la suite, suffisamment corrigée pour que je n'ai pas eu à intervenir à ce point de vue. Il est certain que, dans les cas de ce genre, on rend un grand service aux femmes en intervenant assez tôt pour permettre à l'involution de reprendre ses droits et que c'est seulement dans ce cas et après un nettoyage complet, qu'on peut attendre un résultat radical des moyens médicaux ; port d'un pessaire, attitudes spéciales, etc...

Chez une troisième malade, il s'agissait surtout d'inertie secondaire et je n'ai extrait, au milieu des caillots, à l'aide de l'écouvillon, que quelques petits fragments de caduque.

Enfin, la quatrième malade, accouchée depuis 2 mois 1/2 environ, avait gardé dans son utérus un fragment de placenta momifié qui n'avait manifesté sa présence qu'après le retour des couches. Cette malade a guéri aussi facilement que les trois premières, mais en présentant cependant l'incident suivant : quatre mois 1/2 après le curettage elle a eu deux pertes nouvelles d'une dizaine de jours, à un intervalle d'une huitaine. Peut-être s'est-il agi là d'une fausse couche très jeune. A l'examen, n'ayant trouvé qu'un léger degré d'affaissement et de rétroversion de l'utérus, je me suis contenté de badigeonner la cavité utérine au perchlorure de fer et d'appliquer un pessaire de Hodge. Après deux mois de séjour à la mer, la malade revenait en très bon état ; je supprimai le pessaire et je pus me rendre compte durant trois années consécutives qu'il n'y avait plus aucun trouble pelvien, malgré un certain degré de rétroversion.

Dans les 12 cas d'hémorrhagies post-abortum, qui sont autant de succès complets, je relève les particularités suivantes : Age de la grossesse : 1 de six semaines, 3 de 2 mois, 2 de 3 mois, 1 de 5 mois, 4 d'âge indéterminé. Deux fois je n'ai fait que favoriser l'issue de l'œuf après sa rupture ; toutes les autres malades sai-

gnaient abondamment depuis plusieurs jours (4), 1 mois (2), 1 mois 1/2 (1), 3 mois (1), 4 mois 1/2 (1) du fait de la rétention de fragments placentaires qui semblaient ne devoir céder qu'à la curette : chez l'une d'elles, un cotylédon, retenu depuis 3 mois, était encastré de telle sorte dans une corne utérine ou il se dissimulait, que ma curette ne put le détacher qu'à grand peine. C'est une particularité qu'il faut bien connaître et que j'ai rencontrée plusieurs fois, à un moindre degré. J'ai été obligé d'intervenir trois fois sur quatre, après une attente raisonnable, chez une malade anciennement syphilitique et obèse. Dans un cas, j'ai eu affaire à la rétention de fragments placentaires dans un utérus fibromateux. Ces fragments adhéraient très fortement à la saillie d'un fibrome sous-muqueux. Les hémorrhagies dans les cas de ce genre sont particulièrement sérieuses du fait de l'obstacle opposé par les tumeurs à la rétractilité de l'organe. Le curettage demande également plus d'attention encore que dans les cas ordinaires étant donnés les diverticules où il faut fouiller et les variations beaucoup plus marquées d'épaisseur et de consistance de la paroi.

*3<sup>e</sup> Hypertrophie simple de la muqueuse utérine ; 30 cas traités par le curettage.*— Nous comprenons sous le nom d'*hypertrophie simple* les cas d'hypertrophie souvent considérable, lisse ou polypeuse, de la muqueuse utérine, non liés à l'inflammation et qui se manifestent principalement par un symptôme constant : des hémorrhagies profuses.

Nous les rapprochons intentionnellement, à ce point de vue, des faits de la catégorie précédente dont ils semblent du reste dériver assez souvent.

Sur les 30 cas annoncés, nous en trouvons, en effet, 8 de cette origine, dont 7 se sont présentés chez des femmes encore jeunes, malades depuis un temps variant entre 2 mois et 18 mois, ayant un utérus subinvolué et mesurant entre 8 cm. 1/2 et 9 cm. Pour la majorité de ces 7 cas la maladie se rattachait très nettement à un accouchement ou une fausse couche ; et, chez les autres, la limitation très nette de la lésion sur une certaine zone donnant l'idée d'une zone d'insertion placentaire, portait à leur attribuer la même origine. De ces 7 malades, 4 ont subi un simple curettage ; une, le curettage et la résection du col indiquée par un ectropion des

lèvres ; une autre, le curettage avec colporraphies et périnéorraphie pour prolapsus à la vulve ; enfin, la dernière, le curettage avec résection du col, colporrhaphie, périnéorraphie et opération d'Alexander pour remédier à un prolapsus avec rétroversion. Toutes ces malades ont bien guéri (j'en ai suivi cinq durant deux ans et plus, une durant six mois et la dernière durant un mois seulement).

Il en a été de même pour la huitième malade de la même catégorie : âgée de 49 ans, elle avait des pertes depuis dix ans à la suite d'un accouchement ; j'ai enlevé de son utérus, qui était ligneux et mesurait 9 cm., une muqueuse fongueuse et une petite masse grosse comme une noix qui semblait être un polype placentaire.

Deux curettages, institués à titre palliatif, pour combattre les métrorrhagies de l'hyperplasie muqueuse due au voisinage de myomes interstitiels, m'ont donné des résultats bien inférieurs comme durée à ceux que j'ai obtenus souvent avec l'électrolyse positive.

On peut logiquement qualifier d'*adénome endométritique* l'hypertrophie muqueuse, le plus souvent à forme polypeuse, qui se rencontre chez des vierges, semble être d'une genèse spontanée et donne lieu à des hémorrhagies singulièrement abondantes avec troubles dyménorrhéiques. J'ai traité par le curettage, avec un succès durable, comme il est d'habitude, 3 de ces cas, dont l'un avait été pris pour un sarcome.

J'ai également bien réussi dans 13 cas d'origine indéterminée. L'un s'accompagnait d'une antéflexion très accentuée. Trois autres existaient chez des femmes âgées et auraient pu faire craindre le cancer ; mais l'origine éloignée des métrorrhagies coïncidant avec l'absence d'écoulement sanieux et un bon état général m'ont fait rejeter cette idée et les suites m'ont donné raison.

Je me suis pourtant trouvé singulièrement perplexe, avant l'examen histologique, dans le cas suivant qui ne m'a donné qu'un demi-succès :

M<sup>me</sup> G., 1, rue Montbrun, 52 ans. — Pertes uniquement sanguines, abondantes, depuis plusieurs années, allant en se rapprochant et augmentant. Apparence cachectique — sciatique droite. Utérus ligneux, en rétroflexion aiguë. Je le redresse, avec beaucoup de

peine, à l'aide de laminaires et d'éponges et trouve au toucher digital intra-utérin, tout au fond de l'organe, une masse diffuse volumineuse, friable, qui donnait tout à fait l'idée d'un néoplasme malin. Aussi je n'insistai pas trop sur le curettage et fis suivre d'un badigeonnage au chlorure de zinc pensant avoir à faire ultérieurement l'hystérectomie. Mais l'examen histologique me permit d'affirmer absolument le diagnostic d'*adénome*, diagnostic qui était du reste d'accord avec des métrorrhagies de vieille date sans écoulement odorant. Depuis le 15 avril dernier les pertes n'ont été qu'amendées, le curage n'ayant peut-être pas été poussé assez loin, mais l'état est resté le même par ailleurs.

Enfin, le curettage a complètement échoué dans 3 cas de la même catégorie (soit 3 fois sur 30). J'attribue le premier insuccès à l'existence d'un ovaire polykystique et le second à un état de cachexie syphilitique de vieille date :

M<sup>me</sup> R., habitant Ablon, 31 ans, malade depuis 6 ans, à la suite d'un accouchement au forceps. Neurasthénie avec prédominance de l'atonie gastro-intestinale, métrorrhagies, douleurs spontanées ou provoquées par le toucher vaginal et qui nous semblent tout d'abord avoir leur siège sur le côté droit du col qui est profondément lacéré, sans trace d'inflammation du reste. Nous conseillons le curage et l'amputation du col, qui sont pratiqués par M. B., à Saint-Louis. La malade sort de l'hôpital le 11 Juillet 1890: le 17, métrorrhagie. — Le 9 août, nouvelle métrorrhagie qui dure jusqu'au 17. On me ramène la malade; après l'avoir anesthésiée, j'extrais de la corne gauche de l'utérus une touffe de fongosités qui avait échappé à la curette de mon prédécesseur. Je constatai de plus que l'ovaire droit était prolapsé et, tout en étant parfaitement mobile, présentait à sa surface quelques microkystes folliculaires. Cependant, cette lésion me paraissant minime, la malade ne m'ayant du reste pas donné son consentement pour une castration, même partielle, je me bornai au curage que je savais être cette fois complet et duquel j'attendais un bon résultat sur la métrorrhagie, étant donné l'importance des fongosités extraites. Or, 18 jours après, les pertes récidivaient. Quant aux douleurs pelviennes, elles n'avaient été en rien modifiées.

Je demeurai convaincu que ces deux ordres de symptômes n'avaient chance de céder qu'à une castration, au moins unilatérale. Je n'insistai pourtant pas trop sur cette proposition, car la malade était une de ces déséquilibrées du ventre et du cerveau qui défilent souvent tous les efforts de l'art, remplaçant volontiers, après des ablations d'organes, les douleurs dont ils semblaient être le siège par des topoalgies, ou devenant même parfois tout à fait vésaniques.

Depuis M<sup>me</sup> R., est allée consulter différents chirurgiens, entre

autres tout dernièrement M. Bouilly, et tous ont cru devoir, comme moi, s'abstenir.

Mon second échec regarde une femme d'une obésité monstrueuse, atteinte dix ans auparavant d'une syphilis grave qui n'avait été soignée qu'en plein tertiarisme. Elle ne présentait plus, depuis plusieurs années, de manifestations d'aucune sorte et le Dr Barthélemy, consulté par moi, à son sujet, avait jugé inutile de reprendre le traitement spécifique. Cette dame était atteinte depuis 8 ans de ménorrhagies profuses et j'avais grand espoir de la guérir, ayant extrait de son utérus une quantité notable de fongosités. Mais mon opération est demeurée sans effet et je ne puis me l'expliquer qu'en attribuant la persistance des flux sanguins, soit à l'état cachectique de la malade, soit à cet état de dégénérescence des vaisseaux utérins signalé dans la syphilis par Heitzmann. Gyl Wylie, de son côté, a insisté sur la ténacité de la métrite chez les femmes syphilitiques.

4° *Métrite simple*, 46 cas, dont: 4 de *métrite blennorrhagique subaiguë*, 11 de *métrite puerpérale* récente, 19 de *métrite chronique* du col et du corps.

Sur ce nombre, 6 cas de métrite chronique du col et 4 de métrite chronique totale ont subi, outre le curage, la résection cervicale suivant le procédé de Schröder.

Le curettage, à ses débuts, comme toute opération nouvelle, grande ou petite, était bon à tout faire : ainsi a-t-il été conseillé et employé dans la métrite blennorrhagique aiguë et subaiguë. Depuis, Sängér et d'autres gynécologues se sont élevés, à juste titre, contre cette pratique : elle ne peut, en effet, que favoriser la propagation de l'infection du col vers le corps qui le plus souvent se défend assez bien, grâce au sphincter isthmique ; d'autre part, elle me paraît toujours vouée à un échec par rechute, le catarrhe cervical aigu s'accompagnant toujours, quoi qu'on ait dit, d'une vaginité, très tenace d'ailleurs, des culs-de-sac.

Les 4 cas de blennorrhagie subaiguë dans lesquels j'ai eu recours au curettage, au début de ma pratique, ne m'ont donné aucun résultat, bon ou mauvais.

A défaut du critérium bactériologique qui est sujet à caution, il ne faut, ce nous semble, recourir au curettage ou mieux, à l'évidement dont nous parlerons plus loin, qu'au moment où l'é-

coulement a diminué, de purulent est devenu muco-purulent, *catarrhal* et tend à persister. Il faut surtout que le vagin ait complètement repris son état normal. Jusque-là, pour être dans la note juste, on se bornera à des pansements vaginaux et intra-cervicaux, en ayant soin de ne pas dépasser l'orifice interne et en donnant la préférence, comme topiques, à la créosote glycinée au 1/3, au nitrate d'argent, à la glycérine ichtyolée.

Sur 12 cas de *métrite puerpérale* qui s'accompagnaient tous de la rétention de fragments de placenta ou de membranes, je compte 6 cas *post-partum* et 6 *post-abortionum*.

Les 6 cas *post-partum* s'accompagnaient tous de phénomènes généraux, graves ou très graves, alors que les tissus péri-utérins paraissaient à peu près respectés. Or, comme il est ordinaire de constater la réciproque (c'est du moins le fait pour les observations que je relaterai plus loin), il semble bien que, dans l'infection puerpérale, les lésions péri-utérines jouent spontanément le rôle que M. Fochier attribue à ses abcès provoqués.

Quoi qu'il en soit, tandis que les 5 cas de *métrite post-abortionum* m'ont donné 5 guérisons, les six cas de *métrite post-partum* m'ont donné 3 guérisons et 3 morts. Je ne crois vraiment pas que ces trois derniers cas puissent être mis au passif du curage, car l'issue fatale a été due, pour l'un d'eux, à une complication intercurrente, l'influenza ; pour les deux autres, au degré même des lésions et au retard apporté dans l'intervention.

Qu'on en juge :

1<sup>o</sup> M<sup>me</sup> A., habitant Meudon, accouchée à terme, par une sage-femme, est prise 36 heures après son accouchement d'un grand frisson. La sage-femme demande un médecin. Mais la mère s'y refuse durant 3 jours. Quelques années auparavant elle a fait de même pour son mari atteint d'une hernie inguinale étranglée et le pauvre homme est mort de l'entêtement de sa légitime, malgré les soins, malheureusement trop tardifs, de M. Quénu. Cependant, la mère ayant consenti à accepter les conseils du Dr Chanu, celui-ci constate un état des plus graves et me fait appeler. A mon arrivée, cinq jours après l'accouchement, la situation se résume ainsi : émaciation extrême, survenue, paraît-il, en 3 jours, peau chaude, sèche, terreuse. Facies hébété, subdélirium. — T. 40°. Quelques vomissements. Pas de ballonnement du ventre. — Sensibilité modérée au palper abdominal. — Orifice du col largement ouvert et laissant suinter un liquide infect. — Corps utérin très mou. — La malade se défendant beaucoup, nous lui donnons un peu de chlo-



roforme et j'extrais de l'utérus un magma considérable de caillots et de membranes putréfiés. Lavage au sulfate de cuivre à 10 p. 1000 et drainage à la gaze iodoformée. — Morte le lendemain soir.

2<sup>e</sup> cas. — Dans ce deuxième cas, l'incurie de l'entourage a été incroyable. Il s'agit d'une femme accouchée et probablement infectée depuis 6 semaines et l'on s'était borné à faire quelques injections vaginales !

A mon arrivée, je trouvai la malade dans un état lamentable : il y avait perte complète de la connaissance, hypothermie, ballonnement du ventre sans aucune sensibilité, etc. Le vagin était sphacélé, le col et le corps de l'utérus ramollis à l'extrême. La malade étant en position obstétricale, j'introduisis une grosse curette dans l'organe et commençai par faire ce qu'il faut toujours faire dans des cas analogues, c'est-à-dire prendre le contact de la paroi utérine et s'assurer de sa résistance. Or, en m'aidant du palper abdominal, j'eus la perception bien nette que, sous une pression légère, mon instrument s'enfonçait de tous côtés dans un véritable putrilage sans limite résistante. J'étais exposé, à chaque coup de curette, à franchir les limites de l'utérus. La situation ne comportant guère d'espoir, je me bornai à un déblayage rapide, sans trop insister, et fis suivre d'un tamponnement iodoformé. — Morte au bout de 4 jours.

Dans le 3<sup>e</sup> cas la mort, ai-je dit, a été due non à l'infection principale, mais à une infection surajoutée, la grippe. Voici, résumée, cette observation qui comporte son enseignement.

M<sup>me</sup> S., 10, rue des Francs-Bourgeois, 23 ans, accouchée par une sage-femme le 8 janvier. — 3 jours après, frisson et fièvre. Vue par moi le 12, en compagnie du médecin traitant, le Dr H.

A ce moment T. 39,5. Ecoulement légèrement fétide. Utérus remontant jusqu'à l'ombilic. — Empatement des ligaments larges. — Un peu de toux et quelques râles de bronchite. La malade est si vigoureuse et l'état général si satisfaisant que je porte un pronostic favorable. Extraction par curettage, après anesthésie, de fragments de placenta assez volumineux et de caduque en décomposition. Lavage au sulfate de cuivre. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée. — Tamponnement à la gaze iodoformée. La température, après s'être abaissée durant 24 heures, remonte à un degré élevé et s'y maintient, ce que voyant le Dr H. croit devoir joindre les bains froids au traitement habituel par la quinine, l'alcool, le lait, etc. . . . Mais étant donné l'absence de tout autre symptôme pouvant être rapporté à une généralisation de l'infection, la localisation très nette des lésions lors de mon arrivée, la façon dont je les avais combattues, la disparition de l'écoulement et des douleurs, je pensai qu'il fallait chercher ailleurs la persistance de la fièvre. En auscultant la malade avec

soin nous trouvâmes, le Dr H. et moi, un foyer de pneumonie du côté droit. M. Porak, appelé, confirma ce diagnostic et la malade s'éteignit au bout d'une quinzaine de jours entre les mains des Dr<sup>s</sup> H. et Lancereaux. — Je ne crois pas que, dans ce cas, la pneumonie ait été engendrée par l'usage des bains froids qui ont été presque tous donnés par le Dr H. lui-même et avec le plus grand soin ; dans son intéressante communication du mois d'octobre dernier, M. Massé vous a du reste rapporté des guérisons de septicémies traitées par les bains froids malgré des complications bronchitiques.

Peut-être pourrait-on penser à une métastase pulmonaire d'origine pyohémique ; mais il me paraît bien plus probable qu'il y a eu extension spontanée de la bronchite, constatée au début, vers les alvéoles, comme c'est trop souvent le cas pour la bronchite grippale.

Dans un autre cas, dont je vous ai déjà donné la relation, la grippe, non seulement a compliqué l'infection puerpérale, mais semble avoir provoqué prématurément l'accouchement. Rapproché du précédent, ce cas me donne à croire que la grippe *en elle-même* est une complication des plus fâcheuses des suites de couches, car elle ne présentait pas ici de localisation grave ; l'infection puerpérale de son côté semblait être cantonnée dans l'utérus, et pourtant la malade n'a guéri qu'après nous avoir inspiré les plus vives inquiétudes.

Parmi les malades que j'ai pu mener à bien, voici celle qui m'a paru le plus gravement atteinte, car, entre autres symptômes des plus sérieux, elle en présentait un presque fatal, dans l'espèce, le *délire*.

Mme X., concierge, 31, avenue d'Orléans. Accouchée à terme, le 5 novembre 1892 d'un enfant qui se présentait par le siège. Une sage-femme arrive, alors que l'enfant se trouvait arrêté par la tête et a la chance de l'avoir vivant. Puis elle obtient un placenta entier, dit-elle, mais à peu près veuf de ses membranes. Le lundi suivant, c'est-à-dire au bout de quatre jours, grand frisson, à 4 heures du soir. Le Dr C., appelé, constate P. 100, T. 38°5 ; lochies fétides avec élimination de débris membraneux ; diarrhée. Il prescrit des injections vaginales de Van Swieten et 1 gr. 50 de sulfate de quinine pour les 24 heures. Le lendemain matin, légère amélioration, mais, le soir, la situation s'aggrave beaucoup et je suis appelé. A mon arrivée, le mercredi 13, j'apprends que la malade a déliré toute la nuit. T. 40°5 et P. 120.

Peau chaude et sèche, stupeur. Ventre non ballonné, sensible en aucun point. Sphacèle de la muqueuse vulvo-vaginale qui se

détache sous des frictions légères. Utérus en latéroversion droite. Col mou, largement ouvert, laissant suinter un liquide purulent et fétide. Hystérométrie 16 cm. J'extrais, après chloroformisation, une caduque presque entière et putréfiée. Pansement ut supra. Lavement alcoolique. Lait. 1 gr. de sulfate de quinine. Grogs. Dans la journée, 1 frisson. Le soir T. 38, P. 120. L'utérus s'est sensiblement rétracté.

Je crois utile de renouveler le tampon intra-utérin après injection au sulfate de cuivre.

Le lendemain, 14, T. M. 37°5 ; T. S. 39°2. Le facies devient meilleur. Renouvellement du pansement.

15. T. M. 37° ; T. S. 37°5. Dans les jours qui suivent, la convalescence s'accroît très rapidement. J'ai revu la malade, 3 mois après, en excellent état, sauf un peu de leucorrhée.

Chez la troisième accouchée à terme qui a guéri, Mme K., 69, avenue d'Orléans, il y avait rétention d'une bonne partie du placenta, infection localisée à l'utérus, T. au début, de 39°5 ; le curettage a eu lieu le 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement ; l'utérus avait encore 18 cm. de profondeur.

Dans les 5 cas d'infection post-abortum qui ont tous été suivis d'une guérison très rapide, je distinguerai, faute d'examen bactériologique, 3 cas d'infection putride et 2 cas d'inflammation suppurative. Des trois premiers, l'un ne datait que de quelques jours ; un autre, d'un mois et s'accompagnait de phénomènes généraux graves avec ictère ; le troisième de deux mois 1/2. (T. de 39° le jour où je vis la malade ; utérus de 12 cm. 1/2 renfermant un gâteau placentaire large comme la paume de la main et répandant une odeur horrible ; sensibilité très vive de l'utérus : en moins de 24 heures, disparition de la fièvre, des douleurs et de toute odeur). Les deux cas d'inflammation suppurative étaient tout récents et s'accompagnaient de la rétention de débris de caduque.

Il n'est pas douteux que l'infection post-abortum soit infiniment moins grave que l'infection post-partum, ce qui est probablement dû, comme le croit Bumm, à la moindre étendue de la surface absorbante, à la béance moindre des vaisseaux, à l'involution plus rapide de l'utérus.

On ne saurait trop répéter que les écoulements les plus odorants sont le plus souvent les moins dangereux, l'odeur étant fonction des germes de la putréfaction qui n'agissent qu'en sur-

face, d'où la guérison pour ainsi dire immédiate des malades si tôt que le curettage est fait ; mais ces germes peu dangereux en eux-mêmes, préparent la voie aux bactéries pyogènes, d'où cette double notion du pronostic plus grave de certains cas où la putridité existe et de la nécessité qu'il y a à ne pas tabler sur la putridité pour se départir, en tout ou en partie, des précautions antiseptiques.

L'action du curettage avec les curettes ordinaires, moyennement tranchantes, sur l'*endo-cervicite chronique*, quand ils'agit de *catarrhe semi-fluide*, peut se résumer ainsi : il assèche pour un certain nombre de jours la muqueuse, blanchit, pour ainsi dire, momentanément la lésion et facilite la guérison qui serait beaucoup plus longue avec de simples pansements intra-cervicaux. Mais ce sont ces pansements qui ont le dernier mot et je crois même que les topiques que l'on fait agir immédiatement après le curettage ont une action supérieure à celle de la curette, tout en lui devant l'accroissement de leur efficacité.

Quand il s'agit d'*endo-cervicite chronique* avec cet écoulement *gluant et vitreux* qui se prolonge jusque dans la profondeur des glandes à la façon d'un vernis isolant, on échoue aussi bien avec le curettage, avec les cathérétiques qu'avec ces deux moyens combinés. Le hersage est également insuffisant. Il faut alors recourir soit à l'*excision intra-cervicale*, suivant le procédé de M. Bouilly, soit à un procédé que nous employons actuellement, M. S. Bonnet et moi (et d'autres peut-être), sous le nom d'*évidement du col* et que nous appliquons indistinctement à tous les cas de catarrhe paraissant injustifiables des simples pansements. Voici comment nous procédons : Après avoir dilaté l'utérus, pendant plusieurs jours, avec la laminaire et l'éponge, de façon à l'ouvrir largement et à ramollir son tissu, nous curettons d'abord la muqueuse du corps avec une curette ordinaire, puis nous attaquons le tissu endocervical avec une curette à boucle recourbée (nous sommes encore à la recherche du meilleur modèle), aiguisée chaque fois comme un bistouri et dont nous ménageons soigneusement le fil. Nous arrivons ainsi à détacher, de l'isthme vers l'orifice externe, de véritables *copeaux musculo-muqueux* et à évider suffisamment le canal cervical pour dépasser la couche glandulaire. Tout dépend du tranchant de l'instrument ; ce qu'il faut savoir, c'est qu'en le choisissant de forme et de qualité voulues, on en peut

faire un *rabot* qui entame le muscle aussi bien que le bistouri. De plus, la curette très tranchante pénètre plus facilement que le bistouri jusqu'à l'isthme, donne un évidemment plus uniforme et mieux gradué comme épaisseur, pour peu qu'on le suive avec le toucher intra-cervical ; enfin, si elle provoque un écoulement de sang beaucoup plus abondant que la curette tranchante ordinaire, elle n'expose pas, comme l'opération de Bouilly, à l'hémorragie secondaire, due au défaut de sutures. Il est cependant bon, comme après l'excision au bistouri, de recourir au tampon intra-utérin.

Au bout de 2 jours, ce tampon hémostatique sera enlevé et il sera bon, dans les cas invétérés, de le remplacer, à titre préventif, par un tampon porte-lopique (par exemple, tampon de gaze iodoformée imprégnée de glycérine créosotée au 1/3) que l'on remplacera, au bout du même laps de temps, et ainsi de suite pendant une douzaine de jours environ. M. Bouilly m'a dit agir de la sorte à la suite de son opération, si radicale qu'elle soit, pour se mettre en garde contre la persistance possible de quelques glandes infectées.

Je n'ai encore opéré de la sorte que cinq malades ; mais M. Bonnet en a opéré d'autres, et il pourra vous dire, comme moi, que ses résultats sont très encourageants. Mes cinq cas étaient des cas de leucorrhée profluente dont trois présentaient cette forme glaireuse, si tenace et si rebelle aux pansements. Chez 4 malades, la guérison a pu être considérée comme complète au bout d'une quinzaine de jours. Chez la cinquième, opérée le 2 février 1894, le catarrhe, qui semblait bien éteint à la date du 10, avait récidivé le 20, à la suite des règles, et je ne pus m'en rendre maître qu'après six semaines de pansements dont deux badigeonnages de chlorure de zinc à 4.

La *hernie simple*, sans déchirure, de la muqueuse endocervicale, qui se présente sous forme d'un petit bourrelet périostial, cède au curage, ou ne mérite, tout au plus, qu'une excision superficielle au bistouri.

Mais, toutes les fois que nous nous sommes trouvés en présence d'une pseudo-ulcération un peu étendue et ancienne de la surface vaginale du col, surtout quand il s'agissait de la forme la plus commune, l'*ectropion muqueux par éversion traumatique des lèvres du col*, nous avons eu recours à la *résection de*

\*

*Schroeder.* Je ne saurais trop me louer des résultats de cette opération. Dans 10 cas de métrite simple, 22 cas de métrite avec déplacements et 5 avec légère inflammation circum-utérine, soit au total 37 cas, j'ai toujours obtenu, sauf dans 2 cas, la cessation de la leucorrhée. Ce résultat a été le plus souvent aussi immédiat que durable ; je dois cependant dire, pour être tout à fait exact, que, dans quelques cas, j'ai dû joindre aux simples tamponnements vaginaux qui suivent l'opération quelques attouchements intracervicaux à la créosote ; mais la guérison n'en a été nullement retardée.

Chose remarquable, la résection de Schroeder n'atteint pour tant qu'une portion de la muqueuse endocervicale et dans tous les cas susdits, je n'ai attaqué, pour ma part, la muqueuse voisine de l'isthme que par le curettage ordinaire dont je signalais tout à l'heure l'insuffisance. Or, les glandes péristhmiques n'étant ni moins nombreuses, ni moins profondément incluses que les glandes plus rapprochées de l'orifice externe, il faut donc croire que ces dernières sont ordinairement plus malades, ce qui est assez logique ; ou bien encore, il faut chercher l'explication voulue dans la facilité plus grande du drainage, par le fait du raccourcissement du col, et dans la participation de la muqueuse au travail d'involution qui s'empare du muscle utérin, après l'amputation du col.

On pourrait être tenté d'inscrire en bloc ce dernier résultat au passif de l'opération, quand il s'agit de femmes encore en pleine période d'activité génitale : mais, en réalité, il faut établir une distinction, à ce point de vue, entre les nullipares et les uni ou pluripares. Certainement celles-ci, de par la guérison de leur métrite, n'en paient que mieux tribut à la procréation : ainsi en avons-nous accouché plusieurs dans d'excellentes conditions ; l'une d'elles même, que nous avons pu suivre assez longtemps et de très près, a accouché trois fois à d'assez longs intervalles. Il nous a paru, au contraire, à M. Bonnet et à moi, que, chez les nullipares, la résection de Schroeder avait pour effet de diminuer les règles au-dessous de la normale et, ce phénomène étant probablement le fait de la superinvolution, de diminuer les chances de fécondation. Mais les nullipares, ne présentant point d'ectropion traumatique, on n'a guère à leur appliquer la résection du col que dans le cas d'atrésie et en vue d'une stomatoplastie ; or,

dans ce cas, je crois qu'il faut donner, sans hésiter, la préférence à l'opération préconisée par M. Pozzi, et qui consiste, après dissection bilatérale, à évider les bords cruentés, entre les deux muqueuses interne et externe, puis à fermer ces évidements par deux sutures en surjet. Cette petite intervention donne un résultat parfait, à condition de la limiter à 1 cm 1/2 environ de l'orifice interne au lieu de la pousser jusqu'aux culs-de-sac, comme le conseille son auteur, car on s'expose ainsi à tous les inconvénients des déchirures profondes du col, sans rendre le canal beaucoup plus perméable.

On a dit et j'ai encore entendu soutenir tout dernièrement que la résection du col, en privant la tête fœtale de son soutien contractile, provoquait l'accouchement prématuré ; mais cette objection ne peut s'adresser qu'à des procédés surannés et doit être reléguée avec eux dans le domaine des discussions de la gynécologie préaseptique.

Il est possible pourtant, quel que soit le procédé employé, qu'on hâte le travail de l'accouchement si l'on abat le col au ras du cul-de-sac vaginal ; mais cette façon de faire n'est jamais utile pour la métrite, et il faut, du reste, toujours l'éviter, puisque le but est de guérir l'organe, tout en lui restituant sa forme physiologique. Ce que l'on doit enlever dans la résection de Schröder, c'est précisément la portion du col qui, la grossesse durant, ne sert que peu ou pas à soutenir la tête fœtale et qui ne s'efface qu'au moment du travail.

Ce qui est vrai, pour l'opération de Schröder, du moins, c'est précisément le contraire de l'assertion susdite ; en effet, cette opération, si bien conduite qu'elle soit, si exacte que soit la réunion des parties cruentées, prolonge, ordinairement, légèrement, la période de dilatation : à un moment donné, quand le col a atteint ou un peu dépassé cinq francs, il présente un type très net de rigidité anatomique consistant dans un amincissement papyracé avec bord tranchant comme un rasoir ; mais bientôt ces bords s'assouplissent et à moins d'un toucher malencontreux, la dilatation se continue normalement et sans déchirure. Voilà du moins ce que nous avons observé sur celles de nos opérées que nous avons accouchées ; mais dernièrement l'une d'elles, que nous n'avons pu suivre, (vieille multipare qui n'avait pas eu d'enfant depuis 10 ans) accouché, nous a-t-on dit, en 20 minutes et nous

pouvons ajouter que les retards de dilatation plus haut mentionnés ont toujours été assez peu prononcés pour qu'on ne pût les mettre en balance avec les bénéfices de l'intervention.

J'ai encore ouï dire que certains gynécologues avaient abandonné l'opération de Schröder parce qu'elle leur avait toujours donné de l'atrésie et qu'ils n'avaient pas assez de mal à en dire à ce point de vue : nous ne pouvons nier la possibilité du fait, puisqu'il nous est arrivé, à M. Bonnet et à moi, de chercher, sans pouvoir le trouver, l'orifice externe d'un utérus auquel on avait soit-disant fait subir cette opération. Mais jamais nous n'avons eu pareil accident ; jamais nous n'avons même eu de sténose capable de s'opposer au cours des règles ou à la fécondation et nous ne pouvons nous expliquer les résultats contraires que par un défaut de technique.

Au reste, malgré les furieux assauts qu'il a subis, le curetage lui-même ne serait point encore quitte de nouvelles attaques ; on se prépare, paraît-il, à mettre à son passif un bon nombre, sinon la grande généralité des cas d'insertion vicieuse du placenta ; l'instruction serait en instance à l'hôpital Baudelocque.

La théorie sur laquelle elle s'appuie, en attendant la démonstration écrasante des faits, est séduisante : la muqueuse étant polie par la curette, l'œuf fécondé glisse sur elle comme sur un miroir, et ne s'arrête qu'à la zone dangereuse.... Mais ce qui nuit à la dite théorie, c'est qu'au bout de trois semaines la muqueuse est redevenue à peu près propre à une sudation normale et que les femmes bien conseillées n'ont pas encore repris, à cette époque, les rapports sexuels. Quant à la preuve des faits, elle sera toujours assez difficile à faire, et, à supposer même le contraire, la seule conclusion à en tirer sera, non point de proscrire le curage, mais d'insister plus encore, à sa suite, sur la nécessité d'un repos sexuel prolongé. Avant, comme après cette épreuve, nous continuerons à penser que le curage est encore le moyen le meilleur et le plus expéditif d'assurer une heureuse fécondation chez les femmes stériles atteintes d'endométrite.

Ce n'est pas que nous refusions toute efficacité aux simples pansements intra-utérins. Ils sont très souvent, nous l'avons dit, les auxiliaires indispensables de l'intervention chirurgicale ;



seuls de mise à la période aiguë de la métrite blennorrhagique, ils peuvent suffire dans le cas de leucorrhée chronique, légère et fluide.... Mais c'est perdre son temps et celui de la malade, exposer de plus celle-ci au grand danger de l'extension inflammatoire, que d'arroser une muqueuse corporéale qui veut être enlevée, ou de badigeonner l'intérieur d'un col embourbé de glaires.

Nous avons cependant tiré d'assez bons résultats, dans des cas où l'intervention chirurgicale était indiquée et refusée de l'emploi du chlorure de zinc à parties égales dans l'eau distillée en badigeonnage rapide, suivant le procédé Reinstædter ; mais il ne faut renouveler une ou plusieurs fois le badigeonnage qu'après la chute complète de l'eschare et si l'écoulement qui lui succède n'a pas tendance à se tarir, soit de lui-même, soit à l'aide de topiques moins violents.

Il faut surtout éviter autant que possible l'orifice interne de l'utérus. Malgré ces précautions, il ne faudra pas s'étonner d'obtenir un peu de sténose à échéance plus ou moins éloignée ; aussi nous n'employons jamais ces badigeonnages que dans des utérus dilatés par l'accouchement. Nous recommandons enfin de s'en abstenir absolument dans les huit jours qui précèdent les règles sous peine de crises dysménorrhéiques parfois très vives.

Nous avons généralement vu les hémorrhagies liées aux écoulements muco-purulents de la métrite céder aussi facilement au curage que les hémorrhagies de l'hyperplasie simple.

Dans 6 cas de métrite compliquée d'antéflexion et 46 cas de métrite compliquée de déplacements mobiles, avec ou sans flexion, le curage m'a paru donner des résultats à peu près semblables à ceux que j'ai relevés pour la métrite simple. Ses effets propres sont cependant ici moins sûrement dégagés, car il faut tenir compte de leur combinaison avec les résultats secondaires des interventions diverses visant directement la déformation ou le trouble statique. Je me réserve donc de vous donner ultérieurement la relation de ces faits complexes.

(A suivre.)

**M. MAYGRIER. — Rapport sur la candidature de M. Lugeol comme membre correspondant.** — M. le D<sup>r</sup> Lugeol, de Bordeaux, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un travail manuscrit sur les rétrécissements annulaires du vagin.

Sous ce nom, M. Lugeol désigne des rétrécissements qui peuvent être constitués par deux ordres de causes différentes.

Tantôt l'affection est *congénitale* : il s'agit alors de cloisonnements transversaux du vagin, simples ou superposés, dont les rapports avec la grossesse et l'accouchement ont été bien étudiés par Delaunay, dans sa Thèse, en 1874.

Tantôt le vagin est le siège d'une lésion *cicatricielle* qui le rétrécit transversalement. C'est consécutivement à une maladie générale, ordinairement infectieuse, ou plus souvent à un traumatisme obstétrical (application de forceps, basiotripsie, etc...) que se produit peu à peu, par rétraction du tissu inodulaire, le rétrécissement qui diminue circulairement le calibre du vagin.

M. Lugeol relate trois observations personnelles.

Les deux premières se rapportent à des cloisonnements transversaux du vagin d'origine congénitale. Dans l'un des cas, le diagnostic fut fait par hasard. La femme se plaignant que le coït était douloureux, l'examen démontra l'existence de l'anomalie. Cette femme était stérile et c'est à la malformation vaginale que l'auteur rapporte la cause de la stérilité. Dans l'autre cas le diagnostic fut fait pendant la grossesse et l'accouchement. Le travail marcha très lentement, et on dut l'activer par l'application du ballon de Champetier de Ribes.

La troisième observation a trait à un rétrécissement transversal cicatriciel du vagin, consécutif à des manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux : l'occlusion était complète.

M. Lugeol signale particulièrement, comme conséquences des rétrécissements annulaires du vagin, la stérilité possible dans certains cas, la difficulté de l'accouchement, et les désordres menstruels.

Comme traitement il préconise surtout la dilatation, et, si elle ne réussit pas, la section du rétrécissement.

Indépendamment de l'intérêt que présente sa communica-

tion, je me bornerai à rappeler que M. Lugeol est chirurgien en chef de la maternité de Bordeaux, et Professeur à l'école départementale d'accouchements de la Gironde, titres plus que suffisants pour le recommander à vos suffrages.

M. le D<sup>r</sup> PICHEVIN. — **Résultats éloignés de la colpo-hystéropexie antérieure dans le traitement des rétroflexions utérines.** — M. Fraisse a publié, dans les *Annales de médecine*, une note sur le traitement des rétroflexions utérines et en particulier sur la méthode de Dührssen. Il me fait le grand honneur de me citer. Voici ce qu'on peut lire dans cette note de M. Fraisse : Cette communication (de M. Pichevin) contient une étude sur deux procédés opératoires nouveaux, celui de Mackenrodt et celui de Dührssen, et c'est ce dernier que M. Pichevin tente d'introduire en France, après l'avoir pratiqué deux fois à l'hôpital Necker.

Tout d'abord, on ne peut que féliciter l'auteur de son initiative. M. Fraisse ajoute : « En France, plus d'un gynécologue a essayé le mode de fixation utérine de Dührssen, devançant ainsi la communication de M. Pichevin. » Notre confrère veut bien nous avouer que deux fois dans le courant de l'année 1892, c'est-à-dire deux ans avant ma publication il avait pratiqué cette opération.

Le fait ne pouvait pas m'étonner. Tous ceux qui connaissent M. Fraisse savent qu'il n'est jamais le dernier à mettre à l'essai les conquêtes de la chirurgie. Le même opérateur écrit dans l'article dont j'ai déjà donné quelques extraits : « Loin de moi également la pensée de réclamer une priorité quelconque en ce qui concerne l'introduction en France du procédé de Dührssen : la chose est vraiment de trop mince importance. »

Les félicitations de mon confrère me touchent infiniment, mais par malheur je ne les mérite guère. Je n'ai jamais pratiqué l'opération de Dührssen, si ce n'est sur le cadavre. J'ai même proclamé la supériorité du procédé de Mackenrodt et c'est cette opération que j'ai exécutée deux fois à Necker.

Pour s'en convaincre, il suffit de lire les traités originaux, c'est-à-dire de parcourir soit les Bulletins de l'Académie de Médecine, soit la thèse de mon élève et ami Arrizabalaga. On trouvera dans ce dernier travail la trace de quelques recherches qui démontrent

simplement que nous avons pris la peine d'étudier la vaginofixation sur quelques-unes de ses faces.

Il reste établi que c'est M. Fraisse qui, en 1892 — il l'affirme seulement en juillet 1894 — a pratiqué l'opération de Dührssen. Il peut donc réclamer la priorité en ce qui concerne l'introduction en France de ce procédé, pour nous servir des expressions de notre confrère.

Qu'il me permette à mon tour de le féliciter tout d'abord de son initiative et en second lieu de la discrétion qu'il a mise à revendiquer ses droits.

Mais je crois que nous ne comprenons pas de la même façon l'opération de M. Dührssen; je crois que nous différons d'opinion sur les indications et les contre-indications opératoires. Je me sépare de M. Fraisse quand il écrit : « Et pour le procédé de Dührssen, comme pour les autres, on peut dire aux praticiens en quête de nouveautés : Hâtez-vous d'y recourir tant qu'il guérit encore, avant que la vogue ait fait place à l'oubli ; avant qu'il aille rejoindre dans la nuit des bibliothèques les innombrables tentatives opératoires qui brillèrent un instant au ciel de la gynécologie et puis disparurent ». Notre collègue me permettra de n'être pas de son avis. Il ne faut pas crier aux praticiens de se hâter de recourir aux opérations nouvelles pendant qu'il en est temps encore.

Pour ma part, je n'ai fait jusqu'ici que deux colpohystéropexies et j'ai attendu que le temps ait consacré les bons résultats que j'avais obtenus avant d'entreprendre ma troisième opération. Et, cependant, l'impression que j'avais rapportée d'Allemagne sur la valeur de l'opération était bonne et les publications récentes de Dührssen et de Mackenrodt étaient bien faites pour me donner confiance.

Il s'est écoulé dix mois depuis ma première colpohystéropexie antérieure et neuf mois environ depuis ma seconde opération. J'ai revu tout dernièrement mes deux opérées. L'utérus s'est maintenu en bonne situation.



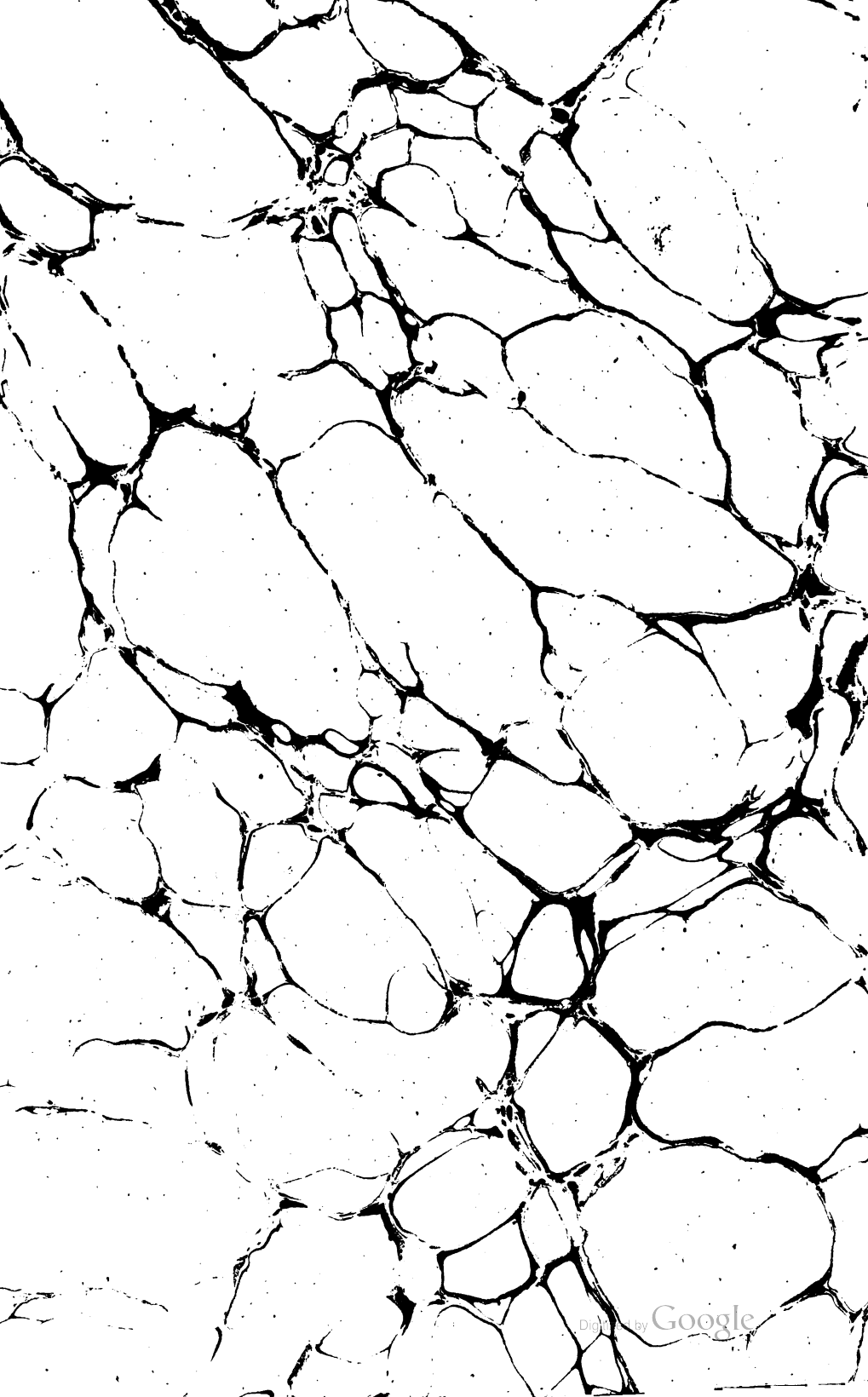












UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05941 7116

